



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM S. JOÃO DE DEUS

Mestrado em Enfermagem Comunitária

Relatório Estágio

De Enfermeiro por Programa a Enfermeiro de Família

Maria Filomena Trincheiras de Figueiredo

Orientador:
Profª Doutora Felismina Rosa P. Mendes

Mestrado em Enfermagem Comunitária

Relatório Estágio

De Enfermeiro por Programa a Enfermeiro de Família

Maria Filomena Trincheiras de Figueiredo

Orientador:

Profª Doutora Felismina Rosa P. Mendes



"A mudança é a lei da vida. E aqueles que apenas olham para o passado ou para o presente irão com certeza perder o futuro."

(John F. Kennedy)

(<http://www.sitequente.com/frases/mudanca.html>)



Agradecimentos

À Prof^ª Felismina Mendes pelo apoio e disponibilidade.

Às colegas da USF Ars medica pela disponibilidade, receptividade e colaboração neste projecto, e pelo incansável incentivo, afecto e amizade.

À Enf^ª Carla Pascoal, da USF S. João da Talha, ACES VI – Loures, por ter partilhado comigo, e com as colegas da USF Ars medica, a sua experiência como Enfermeira de Família.

À minha família, pelo seu inestimável apoio, pela compreensão das minhas “ausências” e aceitação das privações que elas lhes causaram.

INDICE

	Pág.
Resumo	11
Abstract	12
1 - Introdução	13
2 - Análise do contexto	17
2.1 - Caracterização do ambiente de realização do Estágio Final	17
2.1.1 - Centro de Saúde de Loures e Concelho de Loures	17
2.1.2 - A Freguesia de Santo António dos Cavaleiros	18
2.1.3 - A USF Ars medica	19
2.1.3.1 - Carteira Básica de Serviços	19
2.1.3.2 - Carteiras Adicionais	20
2.2 - Caracterização dos recursos materiais e humanos	20
2.2.1 - Instalações e Equipamentos	20
2.2.2 - Caracterização dos Profissionais	22
2.3 - Descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências	23
3 - Análise da população/utentes	29
3.1 - Caracterização geral da população/utentes	29
3.2 - Cuidados e necessidades específicas da população –alvo	31
3.3 - Estudos sobre programas de intervenção com população alvo	37
4 - Análise reflexiva sobre os objectivos	40
4.1 - Objectivos da intervenção profissional	40
4.2 - Objectivos a atingir com a população-alvo	42
5 - Análise reflexiva sobre as Intervenções	45
5.1 - Fundamentação das intervenções	45

5.2 -	Metodologias	54
5.3 -	Análise reflexiva sobre as estratégias accionadas	62
5.4 -	Recursos materiais e humanos envolvidos	66
5.4.1 -	Recursos Humanos	66
5.4.2 -	Recursos Materiais	66
5.5 -	Contactos desenvolvidos e entidades envolvidas	67
5.6 -	Análise da estratégia orçamental	67
5.7 -	Cumprimento do Cronograma	69
6 -	Análise reflexiva sobre o processo de avaliação e controlo	73
6.1 -	Avaliação dos objectivos	73
6.2 -	Avaliação da implementação do programa	77
6.3 -	Descrição dos momentos de avaliação intermédia e medidas correctivas introduzidas	78
7 -	Análise reflexiva sobre competências mobilizadas e adquiridas	81
	Conclusão	85
	Referências bibliográficas	88
ANEXOS		95
	ANEXO I – Projecto em powerpoint “DE ENFERMEIRO POR PROGRAMA A ENFERMEIRO DE FAMÍLIA”, apresentado às colegas da USF Ars medica	96
	ANEXO II – Instrumento de avaliação do projecto “DE ENFERMEIRO POR PROGRAMA A ENFERMEIRO DE FAMÍLIA”	101
	ANEXO III – Instrumento de avaliação do projecto “DE ENFERMEIRO POR PROGRAMA A ENFERMEIRO DE FAMÍLIA”, com avaliação	103
	ANEXO IV – Acção de formação em powerpoint “Procedimentos e Registos no Programa de Saúde Infantil e Juvenil”	105
	ANEXO V – Plano da acção de formação “Procedimentos e	

Registos no Programa de Saúde Infantil e Juvenil”	113
ANEXO VI – Instrumento de avaliação do ensino da acção de formação “Procedimentos e Registos no Programa de Saúde Infantil e Juvenil”	117
ANEXO VII - Instrumento de avaliação da aprendizagem da acção de formação “Procedimentos e Registos no Programa de Saúde Infantil e Juvenil”	120
ANEXO VIII – Folheto “O Desenvolvimento da Criança e os Acidentes dos 0 aos 6 Meses”	123
ANEXO IX - Folheto “O Desenvolvimento da Criança e os Acidentes dos 12 aos 24 Meses”	125
ANEXO X - Folheto “O Desenvolvimento da Criança e os Acidentes a partir dos 2 Anos”	127
ANEXO XI - Folheto “O Desenvolvimento da Criança e os Acidentes dos 6 aos 12 Meses”	129
ANEXO XII – Folheto “Cólica Infantil”	131
ANEXO XIII – Folheto “Diarreia e Vómitos”	133
ANEXO XIV – Folheto “Febre”	137
ANEXO XV – Folheto “Introdução de Novos Alimentos no 1º Ano de Vida”	139
ANEXO XVI - Folheto “Introdução de Novos Alimentos no 1º Ano de Vida (Alimentação Vegetariana)”	143
ANEXO XVII – Folheto “O Refluxo Gastro-Esofágico”	147
ANEXO XVIII – Powerpoint “A Alimentação Saudável e a Saúde”	149
ANEXO XIX – Powerpoint “A Higiene Corporal e a Saúde”	153
ANEXO XX – Powerpoint “A Higiene da Habitação e a Saúde”	158
ANEXO XXI – Powerpoint “O Desenvolvimento da Criança e os Acidentes dos 0 aos 12 Meses”	162
ANEXO XXII – Powerpoint “Febre”	166

ANEXO XXIII - Powerpoint “Introdução de Novos Alimentos no 1º Ano de Vida”	169
ANEXO XXIV – Acção de formação em powerpoint “ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR E ENFERMEIRO DE FAMÍLIA”	174
ANEXO XXV – Plano da acção de formação “ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR E ENFERMEIRO DE FAMÍLIA”	180
ANEXO XXVI – Avaliação do ensino da acção de formação “ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR E ENFERMEIRO DE FAMÍLIA”	184
ANEXO XXVII - Avaliação da aprendizagem da acção de formação “ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR E ENFERMEIRO DE FAMÍLIA”	187
ANEXO XXVIII – Indicadores contratualizados para USF MODELO A E B	189

INDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1 - Pirâmide Etária de Utentes	30

INDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 - Censos de 2001	18
Quadro 2 - Processo de desenvolvimento de competências das pessoas nas organizações	25
Quadro 3 - Caracterização dos utentes da USF Ars medica	29
Quadro 4 - Distribuição dos utentes inscritos por grupo etário e género	30
Quadro 5 - Cronograma de Actividades	69

Resumo

Em 2006, com a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, surgem as USF, unidades baseadas num modelo organizativo de trabalho em equipa, baseado na medicina geral e familiar e na enfermagem de família.

Na USF Ars medica, o modelo organizativo de trabalho que vigorava, até Setembro de 2010, era o modelo de enfermeiro por programa, ou seja, o enfermeiro estava colocado num determinado Programa de Saúde/área de actuação e só desenvolvia actividades nessa mesma área de actuação.

Com a eminente passagem a Modelo B, e a consequente exigência de modelo organizativo de Enfermeiro de Família, tornou-se necessário reorganizar os cuidados de enfermagem.

O projecto teve como finalidade criar condições e implementar o modelo organizativo de Enfermeiro de Família na USF Ars medica (ACES VI – Loures), aquando da candidatura a Modelo B (Junho 2011).

Neste Relatório, apresenta-se todo o trajecto percorrido, desde a fase de preparação, até ao momento actual.

Palavras Chave: USF (Unidade de Saúde Familiar), Enfermagem de Família, Enfermeiro de Família, Cuidados de Enfermagem.

From Program Nurse to Family Nurse

Abstract

In 2006, with the Reform of Primary Health Care, come the USF, organizational units based on a model of teamwork based in general and family medicine and family nursing.

At USF Ars medica, the organizational model of work that existed until September 2010 was the model of program nurse, ie, the nurse was placed in a particular health program / area of operation and only carried out activities in that area of operation.

With the imminent passage to Model B, and the consequent demand for the model of Family Nurse, it became necessary to reorganize nursing care.

The project aimed to create conditions and implement the organizational model of Family Nurse in USF Ars medica (ACES VI - Loures), when applying for Model B (June 2011).

In this report, we present the entire path followed from the preparation phase until the present time.

Keywords: USF (Family Health Unit), Family Nursing, Family Nurse, Nursing Care.

1 – Introdução

O programa do XVII Governo Constitucional (24/3/2005) reconheceu os cuidados de saúde primários como o pilar central do sistema de saúde, constituindo o primeiro acesso dos indivíduos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde, prevenção da doença e prestando cuidados na doença, estando ligados, sempre que necessário, a outros serviços, para a continuidade dos cuidados.

Com efeito, em 2006, a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários pretendeu recentrar o sistema português de saúde nos Cuidados de Saúde Primários e no desenvolvimento de uma matriz organizativa que conduzisse à reconfiguração dos Centros de Saúde (o que viria a acontecer em 2008, com a saída Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro - estabelece o regime de criação, estruturação e funcionamento dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) do Serviço Nacional de Saúde, integrados nas Administrações Regionais de Saúde), orientada para a obtenção de ganhos de saúde e a melhoria da acessibilidade.

Ao nível dos Cuidados de Saúde Primários a resposta ao desafio foi a implementação das USF, cuja filosofia se pretendia que fosse a “base de desenvolvimento da prestação de cuidados de saúde a uma determinada população, com autonomia de gestão técnico-assistencial e funcional, trabalhando em rede e próximo dos cidadãos” (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2006, p. 8), e o primeiro passo na reconfiguração dos Centros de Saúde.

As USF seriam, assim, unidades baseadas num modelo organizativo de trabalho em equipa em saúde pessoal e familiar, baseado na medicina geral e familiar e na enfermagem de família (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2006).

De acordo com o Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de Agosto, “equipas multiprofissionais motivadas, portadoras de uma cultura de responsabilização partilhada e com práticas cimentadas na reflexão crítica e na confiança recíproca, constituem o principal activo e a mais-valia estratégica das USF, potenciando, deste modo, as

aptidões e competências de cada profissional e premiando o desempenho individual e colectivo, tendo em vista o reforço da eficácia, da eficiência e da acessibilidade dos cidadãos aos C. S. P.” (p. 5588)

Conscientes de tudo isto, em Setembro de 2009, os profissionais a exercer funções na Extensão de Santo António dos Cavaleiros (pertencente ao Centro de Saúde de Loures) decidiram aceitar o desafio de criação de uma USF, pretendendo ser uma equipa prestadora de cuidados de saúde, adequada às características e necessidades da população abrangida, próxima e com qualidade, imbuída do espírito de entreajuda, cooperação e trabalho de equipa.

Se ao nível dos outros profissionais (médicos e administrativos) a criação de uma USF implicava novos desafios, para a Equipa de Enfermagem, para além de novos desafios, implicava a reestruturação dos cuidados de enfermagem, que foi sendo adiada, uma vez que não era exigida numa USF de Modelo A¹.

Com o crescimento e amadurecimento da equipa e os bons resultados alcançados, em meados de 2010 colocou-se a hipótese da USF poder passar a Modelo B² em Junho de 2011; com a eminente passagem a Modelo B e a consequente exigência de modelo organizativo de trabalho por Enfermeiro de Família, tornava-se necessário repensar o modelo de prestação de cuidados, reorganizando os cuidados de enfermagem.

No âmbito académico, em Setembro de 2010, foi proposto à mestranda construir um Projecto, a desenvolver no local onde exercia funções, para posterior elaboração de Relatório, o que não poderia ter acontecido em melhor altura, já que a Equipa de Enfermagem se estava a organizar e a pensar na melhor forma de implementar a Enfermagem de Família e o Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família.

¹ Este Modelo “corresponde na prática, a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar, ao mesmo tempo que constitui um primeiro contributo para o desenvolvimento da prática e da contratualização interna. É uma fase indispensável nas situações em que esteja muito enraizado o trabalho individual isolado e/ou onde não haja qualquer tradição nem práticas de avaliação do desempenho técnico-científico em saúde familiar.” (www.mcsp.min-saude.pt)

² Modelo “indicado para equipas com maior amadurecimento organizacional onde o trabalho em equipa de saúde familiar seja uma prática efectiva e que estejam dispostas a aceitar um nível de contratualização de patamares de desempenho mais exigente.” (www.mcsp.min-saude.pt)

Na USF Ars medica, o grande desafio que se colocava à equipa de enfermagem era a reorganização dos cuidados de enfermagem, deixando de se organizar os cuidados por programa e passando a ser organizados por famílias.

Com efeito, na USF Ars medica, o modelo organizativo de trabalho que vigorava, e que ainda era uma constante noutras extensões do Centro de Saúde de Loures, era o modelo de enfermeiro por programa, ou seja, o enfermeiro estava colocado num determinado Programa de Saúde/Área de actuação e só desenvolvia actividades nessa área de actuação, só sendo colocado noutras áreas de actuação quando em ausência de colegas.

A enfermagem de família, direccionada para as respostas da família a problemas de saúde reais ou potenciais, tem como finalidade promover, manter e restaurar a saúde das famílias (Hanson, 2005).

No modelo de Enfermagem de Família, o alvo e o foco da prática de enfermagem passam a ser o sistema familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2010 b).

Neste modelo organizativo, o Enfermeiro de Família assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias, em todos os processos de vida, nos vários contextos da comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2010 b); como tal era necessário que os enfermeiros desenvolvessem actividades em todas as áreas de actuação.

O projecto foi assim desenvolvido na USF (Unidade de Saúde Familiar) Ars medica, no Centro de Saúde de Loures - Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) VI – Loures.

A escolha da Unidade de Saúde deveu-se ao facto da mesma ser o local de trabalho da mestranda.

O projecto teve como população alvo oito (8) das nove (9) enfermeiras que fazem parte da referida Unidade, estando incluída a mestranda. A nona enfermeira não foi incluída na população alvo porque só entrou na USF em Janeiro de 2011.

Este Projecto foi desenvolvido na área da Enfermagem de Família, uma área emergente na realidade da Enfermagem Portuguesa, tendo sido inclusivamente individualizada, pela Ordem dos Enfermeiros em 2010, a Enfermagem de Saúde Familiar como uma nova especialidade.

O tema do projecto foi a enfermagem de família, denominando-se “De enfermeiro por programa a enfermeiro de família”. O projecto teve como finalidade criar condições e implementar o modelo organizativo de Enfermeiro de Família na USF Ars medica (ACES VI – Loures), aquando da candidatura a Modelo B (Junho 2011).

O projecto foi dividido em duas (2) fases: uma 1ª fase, até 31/1/2011, em que o objectivo era criar condições para implementar o modelo organizativo de Enfermeiro de Família na USF Ars medica (ACES VI – Loures), e uma 2ª fase, até 31/5/2011, em que o objectivo era implementar o modelo organizativo de Enfermeiro de Família na USF Ars medica (ACES VI – Loures).

Neste Relatório apresenta-se todo o trajecto percorrido para a implementação do modelo organizativo de Enfermeiro de Família, desde a fase de preparação, até ao momento actual.

O Relatório está organizado de acordo com o Anexo I do Regulamento do Estágio de Natureza Profissional e Relatório Final do Mestrado em Enfermagem, na parte relativa à Estrutura do Relatório de Mestrado em Enfermagem, da Universidade de Évora.

2 – Análise do contexto

2.1 – Caracterização do ambiente de realização do Estágio Final

2.1.1 – Centro de Saúde de Loures e Concelho de Loures

Como já foi referido, com a publicação do Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro, são criados os Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica.

Um dos ACES criados por este diploma foi o ACES VI – Loures, agrupando dois Centros de Saúde já existentes, o Centro de Saúde de Loures e o Centro de Saúde de Sacavém.

O Centro de Saúde de Loures pertence, assim, ao ACES VI Loures e situa-se, juntamente com o Centro de Saúde de Sacavém, no Concelho de Loures. Abrange uma área de 133,2 Km², sendo constituído pelas extensões de Bucelas, Lousa, Tojal, Sede (Loures) e Santo António dos Cavaleiros, onde já funciona uma USF – USF Magnólia - e onde está igualmente instalada a USF Ars medica. O edifício foi projectado de raiz sendo de construção recente (2005), o que facilita uma melhor gestão e planeamento dos cuidados, humanização e personalização do atendimento e empenho dos profissionais.

O Centro de Saúde de Loures abrange actualmente oito das dezoito freguesias do Concelho de Loures (as restantes 10 são abrangidas pelo Centro de Saúde de Sacavém) – Bucelas, Lousa, Fanhões, São Julião do Tojal, Santo Antão do Tojal, Loures (Sede do Concelho), Frielas e Santo António dos Cavaleiros, que correspondem a áreas rurais, urbanas e mistas, segundo a tipologia do INE. A freguesia de Santo António dos Cavaleiros é uma área urbana.

2.1.2 – A Freguesia de Santo António dos Cavaleiros

A freguesia de Santo António dos Cavaleiros é constituída pelas Torres da Bela Vista, Cidade Nova, Ponte de Frielas, Santo António dos Cavaleiros, Flamenga e Paradela. Possui uma área de 3,62 Km² e uma população de 21947 habitantes. (http://www.cm-loures.pt/m_Freguesias.asp).

A zona inicial de Santo António dos Cavaleiros foi alargando com a Flamenga, Cidade Nova, Torres da Bela Vista, Bairro da Paradela e, mais recentemente, com a Urbanização do Almirante. Ainda em fase de construção encontram-se as Urbanização da Quinta do Conventinho e Casal do Monte.

A estrutura etária da população é jovem e o nível de instrução é bastante elevado, sendo significativo o número daqueles que detêm um grau de ensino superior.” (Câmara Municipal de Loures, p. 33) A população é constituída, em grande parte, por imigrantes vindos dos PALOP (Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa), como por exemplo Angola, Moçambique, Cabo Verde, S. Tomé e Príncipe, Guiné-Bissau, etc..., e da Índia (indianos hindus).

Existe um elevado número de estabelecimentos de ensino (4 escolas EB1/JI, 2 escolas EB 2,3 e 1 escola EB 3/Secundário, complementadas por vários Jardins-de-Infância de índole particular), clubes e associações onde se praticam actividades desportivas e uma Instituição Privada de Solidariedade Social (IPSS) com Centro de dia e vários serviços de apoio a idosos.

De acordo com os Censos de 2001 do Instituto Nacional de Estatística (INE), apresentamos o quadro que caracterizava a população residente nas oito freguesias do Concelho de Loures, abrangidas pelo Centro de Saúde de Loures:

Quadro 1 – Censos de 2001

Freguesia	População
Loures	23 632
Frielas	2 837
Santo António dos Cavaleiros	20 957
Santo Antão do Tojal	4 185
São Julião do Tojal	3 715
Fanhões	2 712
Lousa	3 428
Bucelas	4 707
Total	66 173

Fonte: Instituto Nacional de Estatística

2.1.3 – A USF Ars medica

Como já foi referido, a USF Ars medica iniciou a sua actividade em Setembro de 2009, tendo sido inaugurada por Sua Excelência a Ministra da Saúde, Dra. Ana Jorge, a 11 de Setembro de 2009.

Foi-lhe atribuído o número 200, por ser a 200ª USF a ser criada a nível nacional.

2.1.3.1 – Carteira Básica de Serviços

Em todos os modelos de USF, de acordo com a Portaria nº 1368/2007, de 18 de Outubro, existe um compromisso assistencial nuclear, a carteira básica de serviços, igual em tipo e qualidade, variando apenas os aspectos quantitativos de número de cidadãos abrangidos e horários disponibilizados.

Poderão existir serviços adicionais ou complementares, denominados carteiras adicionais de serviços, em função das necessidades identificadas dos utentes e da disponibilidade de recursos humanos e técnicos da USF.

Os programas da Carteira Básica de Serviços, encontram-se definidos na referida portaria – Anexo I.

Assim, dever-se-à promover:

- Vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases da vida:

- Identificação das necessidades de saúde quer individuais, quer familiares da população abrangida;
- Intervenção personalizada de informação e de educação para a saúde nomeadamente, nas áreas relacionadas com a promoção e a protecção da saúde nas diversas fases da vida:
 - Saúde da Mulher: Planeamento Familiar, Cuidados Pré Concecionais e Vigilância da Gravidez (encaminhamento para o Curso de Psico-Profilactico de Preparação para o Parto - CPPPP)
 - Saúde do Recém-nascido, da Criança e do Adolescente
 - Saúde do Adulto e do Idoso

- Assegurar o cumprimento do Plano Nacional de Vacinação;
- Prestação de cuidados em situação de doença aguda;
- Acompanhamento clínico das situações de doença crónica (ex. *Diabetes mellitus*, doença pulmonar obstrutiva crónica, hipertensão arterial, entre outras);
- Prestação de Cuidados Domiciliários aos utentes dependentes;
- Interligação e colaboração em rede com outros serviços, sectores e níveis de diferenciação, numa perspectiva de «gestor de saúde» do cidadão.

Como a USF Ars medica disponibiliza os seus serviços numa freguesia, como já foi referido, onde a estrutura etária da população é jovem a carga horária atribuída aos Programas de Saúde Materna, Planeamento Familiar e Saúde Infantil é elevada, estando atribuídas duas (2) horas semanais ao Programa de Saúde Materna e três (3) horas semanais aos Programas de Planeamento Familiar e Saúde Infantil, por cada Médico de Família.

2.1.3.2 – Carteiras Adicionais

Aquando da Candidatura a Modelo B estão pensadas duas (2) carteiras adicionais:

- Consulta do Pé diabético
- Consulta de Hipocoagulação

Apesar de ter uma estrutura etária jovem a USF Ars medica presta cuidados a cerca de quatrocentos e sessenta (460) diabéticos e tem muitos utentes hipocoagulados, o que justificou a inclusão destas duas (2) carteiras adicionais, aquando da candidatura a Modelo B.

2.2 – Caracterização dos recursos materiais e humanos da USF Ars medica

2.2.1 – Instalações e Equipamentos

A USF Ars Medica funciona nas instalações da Extensão Santo António dos Cavaleiros, onde funciona igualmente outra USF – USF Magnólia. Sendo um edifício

projectado de raiz e de construção recente (2005), facilita uma melhor gestão e planeamento dos cuidados, humanização e personalização do atendimento e empenho dos profissionais.

A unidade ocupa duas alas no primeiro piso – verde e amarela, e uma ala no segundo piso – laranja.

1º Piso (ALA VERDE E AMARELA)

- 9 Gabinetes personalizados para consultas médicas
- 1 Gabinete médico equipado com o material necessário para observação ginecológica
- 1 Gabinete de Enfermagem para Saúde do Adulto (Diabéticos/Hipertensos)
- 1 Sala de Tratamentos
- 1 Sala de Injectáveis/Pequena Cirurgia
- 1 Sala de Aerossol
- 2 Balcões de Atendimento Administrativo
- 2 Salas de Espera
- 1 Farmácia
- 1 Arrumos
- 1 Espaço para Arquivo e Armazém
- 1 Fraldário
- 6 Casas de Banho todas equipadas, sendo 2 para pessoal (Homens e Senhoras), 2 para utentes (Homens e Senhoras) e 2 para utentes com deficiência motora (Homens e Senhoras) – À excepção das casas de banho para pessoal, as restantes são partilhadas com a outra USF.

2º Piso (ALA DIREITA - LARANJA)

- 1 Gabinete de Enfermagem para Saúde Materna
- 1 Gabinete de Enfermagem para Planeamento Familiar
- 1 Gabinete de Vacinação
- 1 Gabinete de Enfermagem para Saúde Infantil
- 1 Gabinete médico para Saúde Infantil
- 1 Gabinete médico para Saúde Materna



- 1 Secretária
- 1 Balcão Administrativo
- 1 Sala de Reuniões (Reuniões do Conselho Geral, Conselho Técnico, Coordenadores dos Programas e Formação)
- 1 Arrecadação
- 4 Casas de banho todas equipadas, sendo 2 para pessoal (Homens e Senhoras) e 2 para utentes (Homens e Senhoras)
- 1 vestiário
- 1 Sala de espera

O acesso dos utentes faz-se pelo Piso 0, estando colocada sinalética (placards e cartazes) de modo a orientar os utentes para as diferentes áreas da Unidade.

As instalações, sendo de construção recente, e tendo sido projectadas para o efeito, estão adequadas à prestação de cuidados de saúde, estando climatizadas e existindo acessos e elevadores para pessoas com limitações motoras ou carrinhos de bebé. A população tem verbalizado estar satisfeita, até à data, com as instalações.

No que diz respeito à satisfação dos utentes com os cuidados prestados, têm sido realizados inquéritos aos utentes utilizadores das USF, encomendados pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários, estando neste momento a ser realizado um, como iremos ver mais à frente.

2.2.2 – Caracterização dos Profissionais

A equipa da USF Ars medica é constituída por nove (9) médicos (tendo entrado o nono médico em Fevereiro de 2011), nove (9) enfermeiros (tendo entrado o oitavo enfermeiro em Outubro de 2010 e o nono em Janeiro de 2011) e sete (7) administrativos.

A Equipa de Enfermagem é constituída por uma (1) enfermeira e oito (8) enfermeiras graduadas, sendo que uma (1) é especializada em Enfermagem Comunitária, duas (2) estão a fazer a Pós-Licenciatura em Enfermagem Comunitária e uma (1) está a fazer o Curso de Complemento de Formação em Enfermagem.

2.3 - Descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências

Fleury refere que segundo “Zarifian (1999) a competência é a inteligência prática para situações que se apoiam sobre os conhecimentos adquiridos e os transformam com tanto mais força, quanto mais aumenta a complexidade das situações. (2001, p. 187)

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010 a) a enfermagem comunitária e de saúde pública desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade. As mudanças no perfil demográfico, nos indicadores de morbilidade e a emergência das doenças crónicas traduziram-se em novas necessidades de saúde, tendo sido reconhecido, nos últimos anos, o papel determinante dos cuidados de saúde primários com ênfase na capacidade de resposta na resolução de problemas colocados pelos cidadãos no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica.

Tendo por base o seu percurso de formação especializada em Enfermagem Comunitária adquiriu competências que lhe permitem participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de prestação de cuidados de enfermagem a nível comunitário e no desenvolvimento de projectos de intervenção com vista à capacitação e “empowerment” dos enfermeiros, visando a prestação de cuidados de enfermagem comunitários mais adequados à realidade em que vivemos e às necessidades das populações.

Assim, neste projecto foram definidas como competências a mobilizar pela mestranda, enquanto Especialista em Enfermagem Comunitária:

1. Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do modelo de prestação de Cuidados de Enfermagem:
 - a) Procede à elaboração do diagnóstico de situação do modelo de prestação de cuidados de enfermagem utilizado e das necessidades de formação verbalizadas pela população alvo;
 - b) Estabelece as prioridades de intervenção;
 - c) Formula objectivos e estratégias face à priorização das intervenções;
 - d) Estabelece um projecto de intervenção com vista à mudança do modelo de prestação de cuidados de enfermagem (deixar de funcionar como

Enfermeiro por programa e adoptar o Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família);

- e) Avalia o projecto de intervenção com vista à mudança do modelo de prestação de cuidados de enfermagem (deixar de funcionar como Enfermeiro por programa e adoptar o Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família).

2. Contribui para o processo de capacitação da Equipa de Enfermagem da USF Ars medica com vista à mudança do modelo de prestação de Cuidados de Enfermagem:

- a) Lidera processos com vista à capacitação da Equipa (de Enfermagem) no que diz respeito à Enfermagem de Família e ao Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família.

Fleury, citando Le Boterf (1995), “situa a competência numa encruzilhada, com três eixos formados pela pessoa (sua biografia, socialização), pela sua formação educacional e pela sua experiência profissional. A competência é o conjunto de aprendizagens sociais e comunicacionais nutridas a montante pela aprendizagem e formação e a jusante pelo sistema de avaliações. Segundo ainda este autor: competência é um saber agir responsável e que é reconhecido pelos outros. Implica saber como mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades, num contexto profissional determinado.” (2001, p. 187)

Para Fleury (2001) a noção de competência aparece assim associada a verbos como: saber agir, mobilizar recursos, integrar saberes múltiplos e complexos, saber aprender, saber engajar-se, assumir responsabilidades, ter visão estratégica. E nesse sentido define a competência como um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem valor económico à organização e valor social ao indivíduo.

Fleury (2001), citando Le Boterf (1995), propõe o seguinte quadro sobre o processo de desenvolvimento de competências das pessoas nas organizações:

Quadro 2 – Processo de desenvolvimento de competências das pessoas nas organizações

Tipo	Função	Como Desenvolver
Conhecimento teórico.	Entendimento, interpretação.	Educação formal e continuada.
Conhecimento sobre os procedimentos.	Saber como proceder.	Educação formal e experiência profissional.
Conhecimento Empírico.	Saber como fazer.	Experiência profissional.
Conhecimento social.	Saber como comportar-se.	Experiência social e profissional.
Conhecimento cognitivo.	Saber como lidar com a informação, saber como aprender.	Educação formal e continuada, e experiência social e profissional.

Fonte: FLEURY, 2001, p. 192

Tendo em conta o referencial teórico descrito, e embora o que estivesse em causa não fosse a aquisição de competências, mas a mobilização das que já tinham sido adquiridas, para que fossem adquiridas as competências necessárias à prosecução do Ponto 1 (Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do modelo de prestação de Cuidados de Enfermagem), e tendo como objectivos aumentar o conhecimento teórico e o conhecimento cognitivo, através da educação formal e da experiência social e profissional, recorreu a:

- Formação teórica sobre Planeamento em Saúde e Metodologia de Intervenção Comunitária (adquirida na Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária);
- Ensino Clínico de Intervenção Comunitária II – Planeamento em Saúde: Nossa Senhora de Machede (efectuado na Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária).

Para que fossem adquiridas as competências necessárias à prosecução do Ponto 2 (Contribui para o processo de capacitação da Equipa de Enfermagem da USF Ars medica com vista à mudança do modelo de prestação de Cuidados de Enfermagem), e tendo como objectivos aumentar o conhecimento teórico e o conhecimento cognitivo, através da educação formal e continuada e da experiência profissional, recorreu a:

- Formação teórica sobre Enfermagem de Família e Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família – Modelo de Calgary (adquirida na Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária);
- Testemunho de uma enfermeira a exercer funções numa USF a funcionar em Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família.

Para que os enfermeiros da USF Ars medica pudessem prestar cuidados adequados à população que servem e seguissem o modelo de prestação de cuidados pretendido (Enfermeiro de Família), era necessário adquirir competências no que diz respeito à Enfermagem de Família e ao Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família e competência cultural.

Assim, neste projecto foram definidas como competências a adquirir pela população alvo (enfermeiros da USF Ars medica):

1. Competências específicas de Enfermeiro de Família:

- Cuidar da família como unidade de cuidados
 - a) Reconhece a complexidade do sistema familiar
 - b) Concebe a família como uma unidade em transformação
 - c) Desenvolve o processo de cuidados em colaboração com a família
- Prestar cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária
 - a) Realiza a avaliação familiar, baseada no Modelo de Calgary

2. Competência cultural

Nos nossos dias, Portugal está-se a tornar pátria de uma população multicultural e multi-étnica.

Em consequência disso, hoje em dia, cuidar de pessoas culturalmente diferentes tem-se tornado o centro das actividades da Enfermagem Comunitária. Mas, para prestar cuidados de enfermagem que estejam de acordo com as necessidades de pessoas culturalmente diferentes, é necessária competência cultural.

Competência cultural é, assim, “um processo contínuo que resulta da interacção de factores que motivam as pessoas para o desenvolvimento de conhecimentos, capacidades e técnicas, de modo a cuidarem de indivíduos, famílias e comunidade.” (Frei et al., 1994, Orlandi, 1992, citados por Stanhope & Lancaster, 1999, p. 130)

Com efeito, hoje em dia, a avaliação cultural de enfermagem, ou seja, “a apreciação sistemática das crenças, valores e práticas culturais de indivíduos, grupos ou comunidades, de modo a determinar as necessidades e intervenções específicas dos indivíduos em avaliação, dentro do seu contexto cultural” (Leininger, 1978, citado por Stanhope & Lancaster, 1999, p. 136), é imprescindível.

Se isto não for feito (avaliação cultural de enfermagem) corremos o risco de prestar uma assistência que, não respeitando “os valores e ideias do cliente vai, provavelmente, fazer com que aumentem os custos e diminua a qualidade”. (Anderson, 1990, citado por Stanhope & Lancaster, 1999, p. 131)

Também Ordem dos Enfermeiros (2001, p. 6), nos diz que “no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspectiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem.”

A USF Ars medica presta cuidados, como já foi referido, a uma população multicultural e multi-étnica, onde sobressaem os imigrantes dos PALOP e os indianos, principalmente indianos hindus. Se ao nível dos imigrantes dos PALOP as diferenças culturais e étnicas não são tão evidentes, uma vez que estes países tiveram grande contacto com os portugueses no passado, já o mesmo não acontece com os indianos, em que as diferenças culturais e étnicas são muito acentuadas, nomeadamente ao nível da alimentação, já que são vegetarianos.

Como profissionais de saúde temos de ser competentes culturalmente e saber dar resposta a estas novas necessidades da população que servimos.

Tendo igualmente em conta o referencial teórico atrás descrito, de modo a que fossem adquiridas as competências descritas no Ponto 1 (Competências específicas de Enfermeiro de Família), e tendo como objectivos aumentar o conhecimento teórico,

conhecimento sobre procedimentos e conhecimento cognitivo através da educação formal, foram realizadas as seguintes acções:

- Acção de formação sobre enfermagem de família e modelo organizativo de enfermeiro de família (Modelo de Calgary de Avaliação Familiar), com a presença de uma enfermeira de outra USF já a prestar cuidados segundo o Modelo de Enfermeiro de Família;
- Acções de formação sobre uniformização de procedimentos e registos nos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação.

Igualmente para que fossem adquiridas as competências descritas no Ponto 1 (Competências específicas de Enfermeiro de Família), e tendo com objectivos aumentar o conhecimento sobre procedimentos, conhecimento social e conhecimento cognitivo através da experiência profissional, foram realizadas as seguintes acções:

- Atendimento de utentes nos vários Programas/Áreas de actuação supervisionada pelo enfermeiro de referência de cada Programa de Saúde/Área de actuação.

Para que fosse adquirida a competência descrita no Ponto 2 (competência cultural) (só se justificava para a colega chegada à USF em Outubro de 2010, uma vez que as outras colegas já tinham contacto com esta população há vários anos e já tinham adquirido os conhecimentos necessários para trabalhar com ela) e tendo como objectivos aumentar o conhecimento teórico, conhecimento sobre procedimentos e conhecimento cognitivo através da educação formal, estavam ao dispor vários recursos que podiam ser consultados:

- Bibliografia sobre a cultura hindu: “A Diversidade Cultural e a Prática de Enfermagem Comunitária: A Cultura Hindu” e “A Diversificação Alimentar no 1º Ano de Vida: Alimentação Vegetariana”;
- Folheto sobre “Introdução de novos alimentos no 1º ano de vida – alimentação vegetariana”, distribuído na Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil.

3 – Análise da população/utentes

3.1 – Caracterização da população/utentes

Neste momento a USF possui cerca de 15.000 utentes inscritos.

Está prevista cobertura assistencial, aquando da passagem da USF a modelo B a cerca de 16.500 utentes.

Esta freguesia compreende zonas muito díspares em termos socio-económicos e nível de instrução, existindo zonas como a Cidade Nova e as Torres da Bela Vista onde predomina uma baixa condição sócio-económica e baixo nível de instrução, por oposição à Quinta do Almirante, onde o nível sócio-económico é elevado, assim como o nível de escolaridade.

Nesta freguesia a estrutura etária é jovem, sendo uma grande percentagem da população constituída por casais jovens com filhos.

No quadro seguinte apresenta-se a possível caracterização dos utentes da USF ARS MEDICA, aquando da passagem a modelo B, segundo os grupos etários e género:

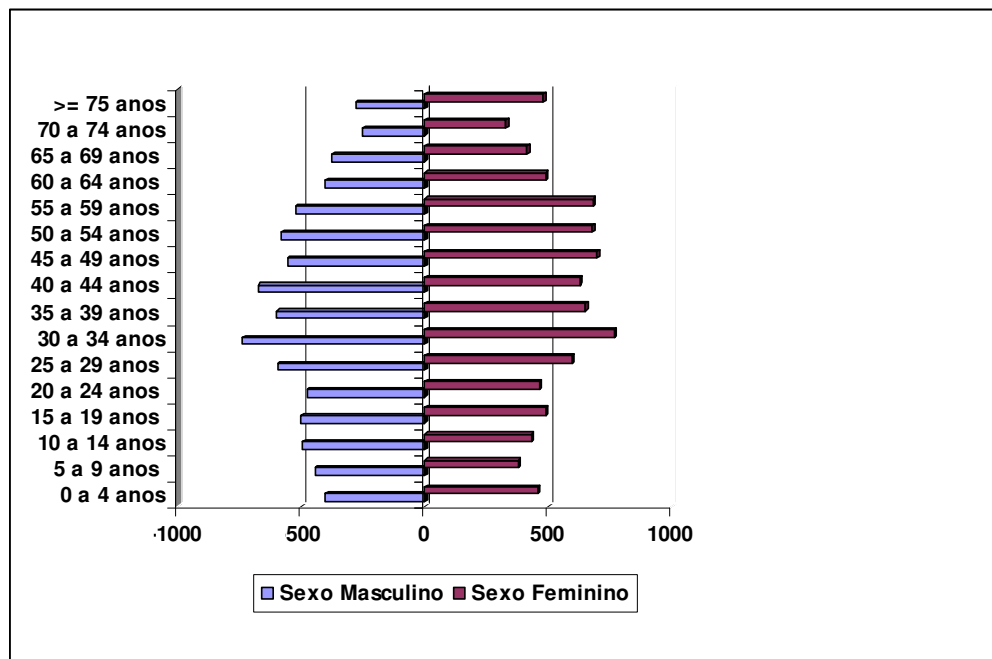
Quadro 3 – Caracterização dos utentes da USF Ars medica

Grupo Etário	Sexo Masculino	Sexo Feminino	Total
0 - 6 anos	589	566	1155
7 - 64 anos	6367	6932	13299
65 - 74 anos	640	647	1287
≥ 75 anos	279	480	759
Total de Inscritos	7875	8625	16500

Fonte: SINUS

Segue-se a possível Pirâmide Etária, aquando da passagem a Modelo B, com a caracterização dos utentes da USF ARS MEDICA e o quadro correspondente.

Gráfico 1 - Pirâmide Etária de Utentes



Quadro 4 – Distribuição dos utentes inscritos por grupo etário e género

Grupo Etário	Sexo Masculino	Sexo Feminino	Total
0 a 4 anos	400	457	857
5 a 9 anos	445	379	824
10 a 14 anos	492	431	923
15 a 19 anos	500	489	989
20 a 24 anos	476	463	939
25 a 29 anos	594	594	1188
30 a 34 anos	735	766	1501
35 a 39 anos	600	653	1253
40 a 44 anos	673	629	1302
45 a 49 anos	557	696	1253
50 a 54 anos	577	676	1253
55 a 59 anos	522	681	1203
60 a 64 anos	400	489	889
65 a 69 anos	376	414	790
70 a 74 anos	249	328	577
>= 75 anos	279	480	759
Total de Inscritos	7875	8625	16500

Fonte: SINUS

De acordo com Lopes (2007), os Censos de 2001 indicavam que, pela primeira vez na história de Portugal, a população idosa ultrapassava a jovem, 16,4% e 16% respectivamente.

No que diz respeito à população servida pela USF Ars medica, residente na Freguesia de Santo António dos Cavaleiros, e embora tenham passado dez anos, a realidade é completamente diferente.

Com efeito, se consultarmos o Quadro 4 e efectuarmos as percentagens, constatamos que a população idosa (com 65 anos ou mais), constituída por 2126 indivíduos, corresponde a cerca de 12,9% da população total, enquanto que a população jovem (dos 0 aos 19 anos de idade), constituída por 3593 indivíduos, corresponde a 21,8% da população total.

Tal como já se tinha constatado no Gráfico 1, trata-se de uma população com uma estrutura etária jovem, em que a base da pirâmide se encontra alargada, por oposição à realidade portuguesa, em que a base da pirâmide tem vindo a estreitar com o passar dos anos.

3.2 – Cuidados e necessidades específicas da população alvo

De acordo com Barbieri et al. a “Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, ainda que por vezes nos pareça insatisfatória ou morosa na sua concretização, confere à Enfermagem de Família uma responsabilidade determinante para a garantia de respostas de qualidade às necessidades da comunidade em matéria de Cuidados de Enfermagem.” (2009, p. 5)

Segundo a Missão Cuidados Saúde Primários (2008, p.1) a metodologia de trabalho de Enfermeiro de Família “influencia os ganhos em saúde e o grau de satisfação dos utentes e suas famílias, assim como a satisfação dos próprios profissionais.”

Para responder às necessidades da população que servem e ao modelo de USF, baseado na medicina geral e familiar e na enfermagem de família, era necessário reorganizar os cuidados de enfermagem que se prestavam aos utentes/famílias o que exigia que se abandonasse a organização os cuidados de enfermagem por Programa de Saúde/Área de Actuação, sendo os enfermeiros Enfermeiros por Programa, e passar a

organizá-los por grupos limitados de famílias, passando os enfermeiros a prestar cuidados de acordo com a metodologia de trabalho do Enfermeiro de Família.

Com efeito, a Ordem dos Enfermeiros (2001), tinha estabelecido, nos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem que, na procura permanente da excelência do exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem.

Mas, e igualmente tendo como referência Ordem dos Enfermeiros (2001), para que a reorganização dos cuidados de enfermagem se efectuasse, eram elementos importantes, entre outros:

- A existência de um quadro de referências para o exercício profissional de Enfermagem, neste caso, de Família – que já existe, com a criação da Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar e o Projecto de Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar.
- A existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros – tem sido efectuado à custa da formação contínua e inter pares e da supervisão clínica, como iremos ver mais adiante.
- A existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente – foi conseguido recorrendo a duas aplicações informáticas colocadas à disposição das USF, o Medicine One, uma base de dados de registo, e o Performance Monitor, que permite avaliar as intervenções efectuadas pela Unidade de Saúde no seu todo e/ou o contributo de cada profissional de saúde. As avaliações das intervenções, relativamente aos indicadores contratualizados (mais à frente falarei mais pormenorizadamente deles) é aferida mensalmente.
- O número de enfermeiros face à necessidade de cuidados de enfermagem – foi conseguido em Janeiro de 2011, com a entrada do nono enfermeiro na USF (estava para entrar na USF desde Novembro de 2009!).

- A existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade – todas as USF, aquando da candidatura, assumem o compromisso de adoptar e implementar um plano de desenvolvimento de competências e de formação profissional contínua, criando oportunidades que proporcionem aos profissionais o cumprimento dos requisitos próprios de um desempenho de elevado padrão de exigência, e a USF Ars medica não foi excepção. Os planos de formação são actualizados anualmente.
- A utilização de metodologias de organização de cuidados de enfermagem promotora de qualidade – daí a preocupação da equipa de enfermagem em adequar a prestação de cuidados de enfermagem à realidade da USF, adoptando o modelo de Enfermeiro de Família.

O modelo de enfermeiro por Programa de Saúde/Área de Actuação tinha como vantagem o facto de que cada enfermeiro ao adquirir e desenvolver competências específicas em determinado Programa de Saúde/Área de Actuação, podia mesmo, muitas vezes, ser considerado um “perito” nessa área, mas também apresentava múltiplas desvantagens, entre as quais se destaca a prestação de cuidados de enfermagem ao utente isolamente. Neste contexto, não se abordava a família como um todo e, consequentemente, não se prestavam cuidados de enfermagem ao longo do ciclo vital da família.

A vantagem do enfermeiro “perito” num determinado Programa de Saúde/Área de Actuação foi aproveitada pela Equipa de Enfermagem, mantendo-se esse enfermeiro como Enfermeiro de Referência dessa área de actuação, tendo a responsabilidade de se manter actualizado e manter actualizados os conhecimentos dos restantes elementos e monitorizar os índices relativos à prestação da Equipa de Enfermagem nessa mesma área de Actuação. É assim da sua responsabilidade comparecer às formações na sua área de actuação e fazer formação aos colegas.

No modelo organizativo de Enfermeiro de Família os enfermeiros passam a atender os utentes de um determinado Médico de Família em todos os Programas de Saúde/Áreas de Actuação. Neste modelo, passa a haver assim, prestação de cuidados de

enfermagem globais a um grupo limitado de famílias, em todos os processos de vida, sendo o mesmo enfermeiro responsável, por exemplo, por fazer a consulta de saúde materna à mãe que está grávida, a consulta de saúde infantil à filha mais nova, a consulta de planeamento familiar à filha mais velha, a consulta de saúde do adulto ao avô, etc...

As excepções a este modelo, também existentes noutras USF a funcionar em modelo organizativo de Enfermeiro de Família, dizem respeito à sala de tratamentos, visitas domiciliárias curativas, consulta de enfermagem independente de planeamento familiar e vacinação.

Em relação à sala de tratamentos não é exequível a adopção do modelo de Enfermeiro de Família porque limitaria muito a oferta assistencial aos utentes, uma vez que teriam de estar marcados para os dias e horas em que o seu Enfermeiro de Família estivesse a exercer funções na Sala de Tratamentos. Esta modalidade traduzir-se-ia na necessidade de ter todos os enfermeiros da USF a assegurar a sala de tratamentos todos os dias da semana.

No que diz respeito às visitas domiciliárias curativas a adopção do modelo de Enfermeiro de Família também não é exequível porque, não só limitaria muito a oferta assistencial aos utentes como, num mesmo dia, teriam de efectuar visita domiciliária quase todos os enfermeiros da USF.

Relativamente à consulta de enfermagem independente de planeamento familiar, tratando-se de uma consulta aberta, não se sabe com antecedência quem são os utentes que irão ser atendidos nem a que Médico de Família pertencem e assim não seria funcional porque o utente agora atendido podia ter como Médico de Família o médico A e o seguinte ter como Médico de Família o médico B e assim sucessivamente, sendo necessário, para utilizar o modelo de Enfermeiro de Família, estarem todos os enfermeiros da USF a fazer atendimento.

Em relação à vacinação, e porque se trata de um horário aberto, maioritariamente destinado a adultos ou crianças não seguidos na USF (os adultos e as crianças seguidas na USF são vacinados nos vários Programas de Saúde/Áreas de Actuação), não se sabe com antecedência que utentes serão atendidos nem a que Médico de Família pertencem,

colocando-se a mesma questão da consulta de enfermagem independente de planeamento familiar.

De qualquer modo, nas áreas de actuação atrás referidas, onde não é possível a adopção do modelo de Enfermeiro de Família, sempre que sejam prestados cuidados de enfermagem a um utente que seja da lista de utentes de outro enfermeiro, ou que haja alguma situação mais complexa que necessite de uma resposta, o colega que atendeu o utente comunicará ao enfermeiro de família desse utente o que se passa/passou com ele, numa perspectiva de continuidade de cuidados.

No que diz respeito às competências a adquirir pelos enfermeiros, com vista a adoptar o modelo organizativo de Enfermeiro de Família, já foram referidas atrás.

Na realidade, a Legislação Portuguesa já tinha proposto uma reestruturação adaptada à crescente complexidade dos problemas actuais e à evolução técnica, ao ter emanado o Decreto-Lei nº 157/99, de 10 de Maio, que estabelecia o regime de criação, organização e funcionamento dos Centros de Saúde. Nesse documento legislativo pretendia-se criar um novo modelo que permitisse “reforçar a participação da comunidade e cooperação intersectorial, numa filosofia de cuidados de saúde centrados no cidadão e orientados para a obtenção de ganhos em saúde.” (Figueiredo, 2009, p.55) Prevvia-se a constituição de unidades funcionais, entre as quais as USF, consideradas como as unidades básicas de prestação de cuidados. Mas a concretização deste modelo não viria a acontecer.

Só em 2005 foram retomados os princípios previstos no referido Decreto-Lei, através da saída “do Decreto-Lei nº 88/2005 de 3 de Junho, consagrando a matriz organizativa dos CSP com base nas USF.” (Figueiredo, 2009, p. 56)

Foi com a criação da Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), na dependência directa do Ministério da Saúde, através da Resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005 de 12 de Outubro, que o governo conseguiu que o processo tivesse início. A MCSP foi incumbida de coordenar e acompanhar a reestruturação dos CS e, nomeadamente, a implementação das USF.

De acordo com Figueiredo (2009, p. 56), posteriormente “é regulamentado o lançamento e a implementação das USF, através do Despacho Normativo nº 9/2006, de 16 de Fevereiro, visando agilizar o seu funcionamento e reafirmando os princípios do

Programa do XVII Governo Constitucional relativos à importância dos CSP na melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e comunidade. O regime jurídico da organização e funcionamento das USF é regulamentado pelo Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de Agosto.”

As USF surgem assim, como pequenas unidades operacionais, “sendo a figura da USF critério base de desenvolvimento da prestação de cuidados de saúde a uma determinada população, com autonomia de gestão técnico-assistencial e funcional, trabalhando em rede e próxima dos cidadãos.” (Missão Cuidados Saúde Primários, 2006, p. 8)

Ainda de acordo com Missão Cuidados Saúde Primários, as USF conceptualizam-se “enquanto modelo organizativo de trabalho em equipa em saúde pessoal e familiar. Baseiam-se na medicina geral e familiar, (...), e na enfermagem de família, área prática e disciplina emergente que terá impulso decisivo com a nova organização dos CSP. As USF devem, assim, ser consideradas as unidades elementares da vertente de prestação de cuidados individuais e familiares dos CSP.” (2006, p. 15)

Assim, o “enfermeiro de família, fundamentado no conceito da Organização Mundial de Saúde, surge como um profissional que integrado na equipa multidisciplinar de saúde assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias, em todos os processos de vida, nos vários contextos da comunidade. (Ordem dos Enfermeiros, 2010 b)

Com este novo modelo o foco dos cuidados são as dinâmicas internas da família e as suas relações, a estrutura da família e o seu funcionamento, assim como o relacionamento dos diferentes sub-sistemas com o todo familiar e com o meio envolvente, e que geram mudanças nos processos intrafamiliares e na interacção da família com o seu ambiente. (Ordem dos Enfermeiros, 2010 b)

Ser Enfermeiro de Família implica assim, tal como já vimos atrás, formação acerca de Enfermagem de Família e de modelo organizativo de Enfermeiro de Família e formação e actualização nos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação, no que diz respeito a procedimentos, registos e informação escrita fornecida aos utentes.

É de salientar a criação, tal como já foi referido, no âmbito do desenvolvimento profissional e individualização das especialidades em Enfermagem, da Especialização

em Enfermagem de Saúde Familiar, sendo uma mais valia para os enfermeiros a exercer funções numa USF. Já iniciaram o seu funcionamento inclusive, este ano lectivo (2010/11), o Mestrado em Enfermagem de Família, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, e o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, na Escola Superior de Saúde de Santarém. Esta formação parece ser o início de um processo de formação especializada, que certamente irá contribuir para a consolidação e melhoria da prestação de cuidados dirigidos à família.

3.3 – Estudos sobre programas de intervenção com a população-alvo

Actualmente (1/2/2011), e com base na informação divulgada no site dos Cuidados de Saúde Primários - Portugal (antes Missão para os Cuidados de Saúde Primários), estão em actividade 278 USF em Portugal, distribuídas por todo o país, que integram 5.517 profissionais, entre os quais 1.959 médicos, 1.985 enfermeiros e 1.573 administrativos.

Desde a abertura das primeiras USF (em 2006) até à actualidade foram efectuados dois estudos à satisfação dos profissionais e outros dois à satisfação dos utilizadores (das USF), os últimos dos quais em Fevereiro de 2009, tendo sido os resultados publicitados em Maio do mesmo ano.

Segundo o site dos Cuidados de Saúde Primários – Portugal (<http://www.mcsp.min-saude.pt/engine.php?cat=1>), no “primeiro trimestre de 2011 terá lugar o terceiro estudo de âmbito nacional de satisfação dos utilizadores e dos profissionais dos cuidados de saúde primários, que incluirá as 244 com início de actividade até 30 de Junho de 2010 e numa primeira amostra de UCSP com condições de base idênticas às das USF”.

De acordo com o Estudo sobre a Satisfação dos Utilizadores das primeiras 146 USF (Ferreira & Antunes, 2009 a), sendo a população do estudo constituída por 12.713 respondentes, no que diz respeito à “Satisfação Global”, 39,0% dos inquiridos encontravam-se “muito satisfeitos”, 44,5% “bastante satisfeitos”, 13,4% “pouco satisfeitos e 3,1% “nada satisfeitos”. É de referir que 8,8% dos inquiridos não respondeu a esta questão.

Dos valores atrás obtidos podemos concluir que, no que diz respeito à “Satisfação Global”, 83,5% dos utentes respondentes se encontravam satisfeitos (“muito satisfeitos” e “bastante satisfeitos”) e 16,5% não se encontravam satisfeitos (“pouco satisfeitos” e “nada satisfeitos”), o que vem mostrar/demonstrar a satisfação dos utentes com as USF.

Relativamente aos “Recursos Humanos de Enfermagem”, o único ítem de avaliação apenas dedicado ao Pessoal de Enfermagem no estudo, 50,6% dos utentes respondentes referiu estar “muito satisfeito”, 42,4% referiu estar “bastante satisfeito”, 5,9% referiu estar “pouco satisfeito” e 1,2% referiu estar “nada satisfeito”. É de salientar que 4,3% dos inquiridos não respondeu a esta questão.

Partindo dos valores atrás obtidos pode dizer-se que, no que diz respeito aos “Recursos Humanos de Enfermagem”, 93% dos utentes respondentes se encontravam satisfeitos (“muito satisfeitos” e “bastante satisfeitos”) e 7% não se encontravam satisfeitos (“pouco satisfeitos” e “nada satisfeitos”), o que vem mostrar/demonstrar a satisfação dos utentes com o Pessoal de Enfermagem a exercer funções nas USF.

Com efeito, Ordem dos Enfermeiros (2001), tinha estabelecido, nos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem que, na procura permanente da excelência do exercício profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes.

Assim, e igualmente tendo como referência Ordem dos Enfermeiros (2001), para que a satisfação dos clientes se concretize, relacionada com o processo de prestação de cuidados de enfermagem, são elementos importantes, entre outros:

- O respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente (pessoa individual/família);
- A procura constante da empatia nas interações com o cliente (pessoa individual/família);
- O estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados (pessoa individual/família);
- O envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados;

- O empenho do enfermeiro tendo em vista minimizar o impacto negativo no cliente (pessoa individual/família), provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde.

Também de acordo com André e Rosa (1997), por cuidados de saúde de qualidade entendem-se os que maximizam a satisfação dos intervenientes em todas as etapas do processo do cuidar. Nesta perspectiva, a satisfação do utente opera como um indicador da qualidade, na medida em que reflecte as visões dos utilizadores, tanto sobre as características do processo de que foram alvo, como acerca da conformidade dos resultados com as suas expectativas.

No que diz respeito ao Estudo sobre Satisfação dos Profissionais das primeiras 146 USF (Ferreira & Antunes, 2009 b), sendo a população do estudo constituída por 776 médicos (33,6%), 822 enfermeiros (35,6%) e 712 administrativos (30,8%), no que diz respeito à “Qualidade da USF como local de trabalho”, 16,9% dos inquiridos declarou ser “excelente”, 27,8% “muito bom”, 30,0% “bom”, 18,7% “regular” e 6,6% “mau”. São também avaliados “Política de Recursos Humanos”, “Coordenação”, “Recursos Humanos”, “Moral”, “Estado de Espírito”, “Superior Hierárquico”, “Recursos Tecnológicos e Financeiros”, “Vencimento”, “Local de Trabalho e Equipamento”, “Qualidade da USF na Prestação de Cuidados” e “Melhoria Contínua da Qualidade”, mas sempre relativamente aos três estratos profissionais constituintes das USF (médicos, enfermeiros e administrativos), não sendo assim possível saber quais os resultados obtidos em termos de satisfação para os enfermeiros integrados em USF.

Por todo o trabalho em equipa multiprofissional e pela cultura de responsabilização partilhada e práticas cimentadas na reflexão crítica e na confiança recíproca que acarretam, uma vez que é premiado o desempenho individual e colectivo, as USF representam um desafio, pretendendo-se que melhorem a eficácia, a eficiência e a acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de saúde primários, contribuindo assim para a melhoria da satisfação dos utentes /famílias e dos próprios profissionais.

Com efeito, e tal como é referido em Ordem dos Enfermeiros (2001), compete às instituições adequar os recursos, criar estruturas e satisfazer as necessidades dos enfermeiros para que estes se sintam satisfeitos profissionalmente e se empenhem em prol da qualidade.

4 – Análise reflexiva sobre os objectivos

De acordo com o Dicionário “thefreedictionary” análise significa estudo detalhado e reflexão acção de reflectir, meditar.

Também Giraldi (2003), citado por Valente e Viana (2009, p. 6), refere que a acção reflexiva “é um processo que implica mais do que a busca de soluções lógicas e racionais para os problemas, envolve intuição, emoção, e não um conjunto de técnicas que pode ser empacotado e ensinado (...)”.

Segundo Tavares (1990), a reestruturação dos serviços de saúde é necessária, para que estes sejam mais eficientes e orientados por padrões de qualidade.

A importância do Planeamento em Saúde tornou-se visível no sentido de aproveitar os recursos disponíveis de uma forma mais eficaz e eficiente, recorrendo ao menor custo.

Com efeito, o Planeamento em Saúde é um processo dinâmico e contínuo, que segue uma ordem de prioridades previamente estabelecida e tem uma atitude futurista.

O Planeamento em Saúde deve conter, de acordo com Imperatori e Giraldes (1986), seis (6) fases: diagnóstico da situação, definição de prioridades, fixação de objectivos, selecção de estratégias, preparação operacional – programação e avaliação.

A fixação de objectivos, terceira fase do processo de Planeamento em Saúde de acordo com Imperatori e Giraldes (1986), permite avaliar os resultados das intervenções que posteriormente se desenvolverão, devendo proporcionar a verificação dos comportamentos e estados desejáveis da população em estudo.

Objectivos são propostas desejáveis e tecnicamente exequíveis, que visam reduzir determinado problema de saúde, convergindo para a realização de determinada estratégia. Estes permitem assim quantificar o que se pretende atingir. (Tavares, 1990)

4.1 – Objectivos da intervenção profissional

“A ideia de uma «enfermagem comunitária» centrada no trabalho com as famílias já vem de há muito a ser teorizada e praticada pelos núcleos inovadores da enfermagem

em cuidados de saúde primários, mas recebeu novo impulso na (...) Conferência Europeia de Munique (2000) (...)” (Correia, Dias, Coelho, Page & Vitorino, 2001, p. 75), em que surgiu de forma clara a figura do Enfermeiro de Família, enquanto entidade imprescindível no quadro da Saúde 21.

Na realidade da enfermagem comunitária dos nossos dias, e na das USF em particular, a figura do Enfermeiro de Família tornou-se incontornável, pelo que era urgente reorganizar os cuidados de enfermagem na USF Ars medica, adoptando o Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família.

Objectivo Geral da intervenção:

- Criar condições e implementar, o Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família na USF Ars medica (ACES VI – Loures), aquando da candidatura a Modelo B (Junho 2011).

Este projecto foi desenvolvido em duas (2) fases, pelo que cada fase tem o seu objectivo geral e os seus objectivos específicos.

Objectivo Geral da intervenção(1ª Fase – até 31/1/2011):

- Criar condições para implementar o Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família na USF Ars medica (ACES VI – Loures).

Para que o Enfermeiro exercesse as suas funções de acordo com o Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família na USF Ars medica, era necessário que adquirisse competências em Enfermagem de Família e nos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação, tal como já vimos, que passavam pela aquisição e/ou aprofundamento de conhecimentos e pela uniformização de procedimentos.

Objectivos Específicos da intervenção(1ª Fase – até 31/1/2011):

- Aprofundar os conhecimentos de toda a Equipa de Enfermagem da USF Ars médica no que diz respeito aos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação (Saúde Infantil, Saúde Materna, Planeamento Familiar, Saúde do Adulto, Visitação Domiciliária, etc...);

- Uniformizar procedimentos e registos nos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação e a informação escrita fornecida aos utentes pelos enfermeiros da USF Ars medica;
- Proporcionar conhecimentos sobre a Enfermagem de Família e o Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família;
- Avaliar mensalmente, juntamente com os restantes enfermeiros da USF Ars medica, a implementação da 1ª fase do projecto.

Objectivo Geral da intervenção (2ª Fase – até 31/5/2011):

- Implementar o Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família na USF Ars medica (ACES VI – Loures).

Objectivos Específicos da intervenção (2ª Fase – até 31/5/2011):

- Manter actualizados os conhecimentos de toda a Equipa de Enfermagem da USF Ars médica no que diz respeito aos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação (Saúde Infantil, Saúde Materna, Planeamento Familiar, Saúde do Adulto, Visitação Domiciliária, etc...);
- Promover o progressivo atendimento dos utentes no Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família;
- Avaliar mensalmente, juntamente com os restantes enfermeiros da USF Ars medica, a implementação da 2ª fase do projecto.

4.2 – Objectivos a atingir com a população-alvo

Mudar uma prática de enfermagem há muitos anos enraizada implica que os próprios actores da mudança a sintam como necessária e essencial. A reorganização dos cuidados de enfermagem e a adopção do Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família na USF Ars medica tinha de ser uma necessidade sentida pelos próprios enfermeiros, e foi o que aconteceu.

Na realidade, com a eminente passagem da USF a Modelo B era necessário a reorganização dos cuidados de Enfermagem, deixando os enfermeiros de ser Enfermeiros por Programa e passando a ser Enfermeiros de Família.

Objectivo Geral:

- Que todos os enfermeiros estejam a exercer funções em Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família na USF Ars medica (ACES VI – Loures), aquando da candidatura a Modelo B (Junho de 2011).

Tal como aconteceu no ponto 4.1, também ao nível dos objectivos a atingir com a população alvo o projecto foi desenvolvido em duas (2) fases, pelo que cada fase tem o seu objectivo geral e os seus objectivos específicos.

Objectivo Geral (1ª Fase – até 31/1/2011):

Que a Equipa de Enfermagem:

- Se sinta capaz de iniciar o progressivo atendimento dos utentes no Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família na USF Ars medica (ACES VI – Loures).

Objectivos Específicos (1ª Fase – até 31/1/2011):

Que a Equipa de Enfermagem:

- Aprofunde os conhecimentos no que diz respeito aos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação (Saúde Infantil, Saúde Materna, Planeamento Familiar, Saúde do Adulto, Visitação Domiciliária, etc...);
- Uniformize os procedimentos e registos e a informação escrita fornecida aos utentes, pelos enfermeiros, nos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação, na USF Ars medica;
- Adquira conhecimentos acerca da Enfermagem de Família e do Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família;
- Participe, mensalmente, na avaliação da 1ª fase de implementação do projecto.

Objectivo Geral (2ª Fase – até 31/5/2011):

Que a Equipa de Enfermagem:

- Esteja a exercer funções em Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família na USF Ars medica (ACES VI – Loures).

Objectivos Específicos (2ª Fase – até 31/5/2011):

Que a Equipa de Enfermagem:

- Implemente, gradualmente, a partir de Fevereiro de 2011, o progressivo atendimento dos utentes no Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família;
- Mantenha actualizados os conhecimentos no que diz respeito aos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação (Saúde Infantil, Saúde Materna, Planeamento Familiar, Saúde do Adulto, Visitação Domiciliária, etc...);
- Monitorize mensalmente e mantenha dentro dos valores pretendidos os índices relativos à prestação de Cuidados de Enfermagem, nos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação;
- Participe, mensalmente, na avaliação da 2ª fase de implementação do projecto.

5 – Análise reflexiva sobre as Intervenções

Tal como nos diz Paulo Freire (1996, p. 42), é “pensando criticamente a prática de hoje e de ontem que se pode melhorar a próxima prática”.

Na realidade, o sucesso das intervenções está sempre dependente dos objectivos que se pretendem alcançar e do grupo alvo a quem se dirigem.

Com efeito, as intervenções (actividades) têm de estar focalizadas no atingir dos objectivos delineados e têm de estar consonantes com o grupo alvo a quem se dirigem.

As intervenções a seguir enumeradas foram realizadas tendo como foco os objectivos delineados e estiveram, de acordo com a mestrandia, consonantes com o grupo alvo a quem se dirigiam, ou seja, a Equipa de Enfermagem da USF Ars medica.

5.1 – Fundamentação das intervenções

Neste projecto as intervenções efectuadas tiveram em linha de conta o segundo passo do processo de Planeamento em Saúde, de acordo com Imperatori e Giraldes (1986) - o estabelecimento de prioridades.

A determinação de prioridades é, na sua essência, um processo de tomada de decisão. Visa o planeamento e pertinência dos planos, a utilização dos recursos e a optimização dos resultados a atingir pela implementação de um projecto. Torna-se necessário seleccionar prioridades, procurando saber que problema se deve tentar solucionar em primeiro lugar (Tavares, 1990)

Assim, na definição de prioridades será importante seleccionar critérios que determinem a prioridade das nossas intervenções, nomeadamente a magnitude do problema, a importância, a frequência, etc...

Neste projecto, as prioridades foram ordenadas da seguinte forma:

1. Proporcionar formação/actualização de conhecimentos nos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação a todos os enfermeiros da USF Ars medica;

2. Uniformizar procedimentos, registos e informação escrita fornecida aos utentes, pelos enfermeiros da USF Ars medica;
3. Proporcionar formação acerca de Enfermagem de Família e de Modelo Organizativo por Enfermeiro de Família a todos os enfermeiros da USF Ars medica;
4. Implementar a progressiva organização dos cuidados de enfermagem por Enfermeiro de Família.

No entanto, tendo em conta o processo de Planeamento em Saúde, referido atrás e de acordo com Imperatori e Giraldes (1986), não se poderiam estabelecer prioridades sem antes efectuar o diagnóstico de situação.

Com efeito, o diagnóstico de situação é o primeiro passo do processo de planeamento e é decisivo para se começar a actuação, devendo corresponder às necessidades da população alvo, já que a concordância entre o diagnóstico e as necessidades determinará a pertinência do plano. Só conhecendo as necessidades da população é possível definir onde é necessário, e possível (em função da oferta disponível), intervir. (Imperatori & Giraldes, 1986)

Num diagnóstico de situação deve existir descrição da situação problemática, conhecimento dos factores que a determinam, análise da sua evolução e perspectivas e avaliação de se a situação é ou não satisfatória.

O diagnóstico de situação deve ser suficientemente rápido para permitir a acção em tempo útil e suficientemente aprofundado para que as medidas de solução sejam pertinentes.

A elaboração deste projecto, com efeito, baseou-se num diagnóstico de situação previamente efectuado, em que existia uma situação problemática que necessitava ser alterada – a passagem de Enfermeiro por Programa a Enfermeiro de Família dos enfermeiros da USF Ars medica.

Foi de encontro às necessidades da população alvo, uma vez que todos os enfermeiros que compõem a USF Ars medica mostraram interesse em reorganizar os cuidados de enfermagem, passando a funcionar como Enfermeiros de Família.

O conhecimento dos factores que determinaram a necessidade da reorganização dos cuidados de enfermagem também já estão descritos atrás – a passagem da USF a Modelo B e a necessidade dos enfermeiros serem Enfermeiros de Família neste modelo.

No que diz respeito aos recursos disponíveis a mestranda mobilizou-se a si própria como mentora e impulsionadora do projecto e a uma colega de outra USF, a funcionar em modelo organizativo de Enfermeiro de Família.

Tendo em conta o diagnóstico de situação efectuado foi elaborado o seguinte programa de formação:

1. Formação/actualização de conhecimentos nos vários Programas de Saúde/áreas de actuação (muitos enfermeiros já não exerciam actividades nalguns Programas de Saúde/áreas de actuação há vários anos);
2. Formação sobre Procedimentos e Registos nos vários Programas de Saúde/áreas de actuação(muitos enfermeiros já não exerciam actividades nalguns Programas de Saúde/áreas de actuação há vários anos, utilização de um novo instrumento de registo para os cuidados de enfermagem prestados, Medicine One – será explicado mais pormenorizadamente à frente);
3. Formação sobre Enfermagem de Família e Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família (à excepção da mestranda nenhum enfermeiro da USF Ars medica tinha formação sobre esta temática).

Tendo com ponto de partida a priorização atrás definida as intervenções sucederam-se de acordo com a seguinte sequência:

1. Apresentação e divulgação do projecto, a toda a Equipa de Enfermagem (Anexo I);

A apresentação e divulgação do projecto foi efectuada no horário da reunião de equipa da USF (4ª feiras das 12 às 14 horas), no final de Setembro, de forma a garantir a presença de todos os enfermeiros da USF.

Esta mesma apresentação e divulgação serviu para que todos os enfermeiros pudessem dar o seu contributo relativamente ao projecto e ao desenrolar do mesmo, e se sentissem integrados e fazendo parte dele, logo desde o início.

O projecto foi sendo discutido e construído com a equipa de enfermagem da USF Ars medica e foi baseado num problema sentido pela equipa, pelo que a apresentação em “power point” não sendo novidade, correu muito bem, o projecto foi bem aceite, tendo os enfermeiros gostado e achado que estava bem estruturado e que “tinha pernas para andar” (sic).

2. Formação/actualização de conhecimentos nos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação a todos os enfermeiros da USF Ars medica;

Segundo a Comissão Interministerial para o Emprego (2001) formação é o “Conjunto de actividades que visam a aquisição de conhecimentos, capacidades, atitudes e formas de comportamento exigidos para o exercício das funções próprias duma profissão ou grupo de profissões em qualquer ramo de actividade económica.”

Mas, para haver formação tem de haver vontade do próprio em se formar. Com efeito, ninguém nos forma, somos nós que nos formamos a nós próprios, até porque a formação para mim só faz sentido se for sentida por mim como uma mais valia.

Dá a importância que Canário (1999) imprime à centralidade do sujeito no processo de auto-formação, porque é ele (sujeito) que confere sentido à formação, ou seja, é ele que efectua o processo de selecção, organização e interpretação da informação, mobilizando-se a si próprio como recurso.

Esta formação foi ministrada de acordo com as necessidades verbalizadas pela Equipa de Enfermagem, fazendo parte do diagnóstico de situação efectuado antes do “delinear” do projecto, recorrendo à supervisão clínica, como iremos ver mais adiante.

Em virtude do modelo de prestação de cuidados de enfermagem que vigorava ser o de enfermeiro por programa já há muitos anos, em que o enfermeiro estava colocado num determinado Programa de Saúde/Área de actuação e só desenvolvia actividades nesse Programa/área de actuação, todos os enfermeiros da USF Ars medica necessitavam de formação/actualização de conhecimentos nos Programas/Áreas de actuação onde não exerciam funções, alguns, há anos.

3. Uniformização de procedimentos, registos e informação escrita fornecida aos utentes, pelos enfermeiros da USF Ars medica;

Tal como nos diz Sacadura (2004, p. 4) a “uniformização de procedimentos é muito importante para (...) poder monitorizar e analisar comparativamente, através de uma base comum, a actividade do sector de enfermagem”.

É importante melhorar e uniformizar procedimentos para elevar a qualidade do atendimento aos utentes a quem prestamos cuidados.

Com efeito, para que sejam prestados cuidados de enfermagem de qualidade por todos os enfermeiros de uma equipa, e para que possam ser avaliados, estes devem ser uniformizados. E essa uniformização vinha no seguimento da formação efectuada nos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação.

Pelo mesmo motivo referido na fundamentação do ponto 2, muitos enfermeiros já não se recordavam dos procedimentos a efectuar, nem sabiam qual a informação escrita existente que poderia ser fornecida aos utentes como complemento dos ensinamentos efectuados nos Programas de Saúde/áreas de actuação nas quais habitualmente não prestavam cuidados.

No que diz respeito aos registos de enfermagem a sua importância, tal como nos diz Martins et al. (2008, p. 52) “é actualmente reconhecida e indispensável para assegurar a continuidade dos cuidados, realçando a sua função de comunicação dos aspectos resultantes deste processo de cuidados.”

Com efeito, e de acordo com Dias et al. (2001), os registos são a base de toda a filosofia e metodologia do trabalho em enfermagem, revestindo-se por isso de grande importância, pelo que devem ser rigorosos, completos e realizados correctamente, pois são o testemunho escrito da prática de enfermagem. É através deles que os enfermeiros dão visibilidade ao seu desempenho, reforçando igualmente a sua autonomia e responsabilidade profissional.

Os registos de Enfermagem, entre outros, possuem como objectivos (Aleixo, 2007):

- Estabelecer um meio de comunicação entre os membros da equipa de saúde envolvida na prestação de cuidados ao utente;
- Facilitar a coordenação e continuidade na prestação de cuidados;
- Colaborar na avaliação da qualidade e eficiência do cuidado/tratamento;
- Fornecer dados úteis para a pesquisa, educação e planeamento a curto e a longo prazo;
- Responsabilizar o grupo profissional envolvido no cuidado/tratamento do utente.

Romano e Silva (1984, p. 299) acrescentam ainda que “a ausência ou insuficiência dos Registos de Enfermagem, constituem um dos factores que determinam a menor qualidade da assistência ao doente, e da impossibilidade em avaliar os benefícios da profissão de enfermagem”.

Na realidade, com a introdução de um novo instrumento de registo, a aplicação informática Medicine One, em que basta uma pequena omissão para que uma consulta de enfermagem ou uma actividade de enfermagem não seja contabilizada, pondo em causa os indicadores de desempenho da USF, ainda se tornou mais premente a uniformização de procedimentos e registos.

Esta base de dados informática, Medicine One, era uma das duas bases de dados colocadas à disposição das USF (a outra era a Vita Care), tendo sido a escolhida pela equipa da USF Ars medica porque pareceu estar mais adaptada às USF.

De forma a uniformizar os ensinamentos/recomendações efectuados aos utentes foram criados, pelo Enfermeiro de Referência de cada Programa de Saúde/Área de actuação, nessa aplicação informática, ensinamentos de acordo com cada Programa de Saúde/Área de actuação.

Também de modo a uniformizar a informação escrita fornecida aos utentes foram criados, na mesma aplicação informática, registos de todos os folhetos existentes em formato de papel que podem ser facultados aos utentes, tendo sido os mesmos reformulados pelo Enfermeiro de Referência em cada Programa de Saúde/Área de actuação.

Futuramente a equipa de enfermagem pensa disponibilizar estes folhetos on-line através do site da USF Ars medica, que irá ser criado.

4. Formação acerca de Enfermagem de Família e de Modelo Organizativo por Enfermeiro de Família a todos os enfermeiros da USF Ars medica, com a presença de uma colega de outra USF a exercer funções em Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família;

Para que seja implementado o Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família é necessária formação em Enfermagem de Família e nesse modelo organizativo.

Tal como já foi referido, o modelo de prestação de cuidados de enfermagem que vigorava era o de enfermeiro por programa e, com excepção da mestranda, nenhum enfermeiro da USF possuía qualquer formação teórica em Enfermagem de Família e Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família.

Com efeito, e de acordo com Hanson (2005), a maior parte dos enfermeiros não aprenderam conceitos relacionados com a família durante a sua formação escolar, e continuam a praticar com base no paradigma individual.

No que diz respeito à prática de trabalhar em Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família nenhum enfermeiro, incluindo a mestranda, tinha qualquer experiência.

5. Avaliações mensais do desenvolvimento do projecto;

Qualquer projecto necessita de ser periodicamente avaliado, para se perceber se os objectivos estão a ser atingidos e, caso não estejam, efectuar remodelações que permitam que tal aconteça.

As reuniões mensais de avaliação do projecto foram efectuadas no horário da reunião de equipa da USF (4^{as} feiras às 12 horas), em meados de Outubro, Novembro, Dezembro e Janeiro, de forma a garantir a presença de todos os enfermeiros da USF.

As reuniões estavam previamente agendadas, sendo elaborada antes uma ordem de trabalhos dos assuntos a tratar, que era distribuída aos participantes. As reuniões eram conduzidas pela mestranda.

Estas reuniões serviram para que todos os enfermeiros pudessem dar o seu contributo relativamente ao desenrolar do projecto e ao modo como se estavam a sentir relativamente à integração nos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação, de modo

a que fossem feitos pequenos ajustes, sempre que necessário, e para que os enfermeiros se mantivessem integrados no projecto e sentissem que faziam parte dele.

6. Avaliação da 1ª fase do Projecto (final de Janeiro de 2011);

Para Imperatori e Giraldes (1986, p. 127) avaliar “é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir. (...) Assim, os progressos alcançados com as actividades, serão comparados simultaneamente com a situação inicial e com os objectivos e metas marcadas.”

Com efeito, não faz sentido implementar um projecto se este não for avaliado e se não se perceber se os objectivos e metas traçados foram alcançados.

Os mesmos autores (Imperatori e Giraldes, 1986), identificam várias classificações de tipos de avaliação: qualitativas/quantitativas, retrospectivas/prospectivas, internas/externas.

No que diz respeito às primeiras (qualitativas/quantitativas), (...), referem que a “barreira é impossível de definir e a maior parte dos dados quantitativos fornecem também elementos de qualidade; por sua vez as técnicas de avaliação qualitativa recorrem à quantificação em numerosas oportunidades”. (Imperatori & Giraldes, 1986, p. 128)

Para efectuar a avaliação desta 1ª fase do projecto (até 31/1/2011) a mestranda optou pela avaliação quantitativa, recorrendo a um questionário que aplicou às oito (8) enfermeiras que faziam parte da população alvo, estando ela própria incluída (Anexo II).

O questionário, elaborado sob a forma de quadro com escala de Likert, que ia de “concordo totalmente” até “discordo totalmente”, estava estruturado em sete pontos principais:

- Aquisição de conhecimentos acerca de Enfermagem de Família;
- Aquisição de conhecimentos acerca de Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família;
- Aprofundar de conhecimentos nos vários Programas de Saúde/áreas de actuação;
- Capacidade de efectuar procedimentos, registos e de fornecer informação escrita aos utentes nos vários Programas de Saúde/áreas de actuação;

- Capacidade de iniciar o progressivo atendimento de utentes no Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família;
- Capacidade de avaliar mensalmente a prestação da Equipa de Enfermagem num determinado indicador;
- Sentimento de inclusão no Projecto e oportunidade de participar e reflectir sobre o desenvolvimento do mesmo.

Esta avaliação da 1ª fase do projecto (Criar condições para implementar o Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família) foi efectuada a 31 de Janeiro de 2011 e permitiu perceber se os objectivos traçados até final de Janeiro de 2011 tinham sido alcançados.

Como se irá ver à frente, na avaliação, os resultados foram bons, embora seja necessário fazer alguns ajustes relativamente ao que estava previsto, o que também irá ser referido mais pormenorizadamente.

A avaliação desta 1ª fase do projecto (Anexo III) foi apresentada à Equipa de Enfermagem para que pudessem ser efectuados os ajustes necessários com vista à entrada na 2ª fase (Implementar o Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família), em Fevereiro de 2011.

7. Implementar a progressiva organização dos cuidados de enfermagem por Enfermeiro de Família.

Como já foi referido ser Enfermeiro de Família implica prestar cuidados de enfermagem a um grupo limitado de famílias, em todo o ciclo de vida.

Figueiredo (2009, p. 31) diz-nos que, nesta “perspectiva os cuidados de enfermagem são centrados na unidade familiar, concebendo a família com uma unidade em transformação, promovendo a sua capacitação face às exigências decorrentes das transições que ocorrem ao longo do ciclo vital da família.”

De acordo com a mesma autora (Figueiredo, 2009, p. 32), assim, “os objectivos da enfermagem de família centram-se na capacitação da família no desenvolvimento de competências que permitam uma vivência saudável dos seus constantes processos de mudança.”

Esta progressiva organização dos cuidados de enfermagem por Enfermeiro de Família será efectuada a partir de Fevereiro de 2011, começando pelos enfermeiros que, de acordo com a resposta ao questionário efectuado e com a sua vontade, se sintam mais capazes para o fazer. O que está previsto é começar com dois (2) enfermeiros.

5.2 – Metodologias

A metodologia adoptada, seja ela qual for, deve ter sempre em conta a população alvo, as características dos objectivos e dos conteúdos e, naturalmente, os recursos disponíveis.

Tendo em conta os objectivos específicos definidos para a 1ª fase de implementação do projecto, as metodologias adoptadas, de forma a atingir cada objectivo, foram as seguintes:

Objectivo:

- Aprofundar os conhecimentos de toda a Equipa de Enfermagem da USF Ars médica no que diz respeito aos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação (Saúde Infantil, Saúde Materna, Planeamento Familiar, Saúde do Adulto, Visitação Domiciliária, etc...);

Metodologia(s) adoptada(s):

- Supervisão clínica (Atendimento de utentes nos vários Programas/Áreas de actuação supervisionada pelo Enfermeiro de Referência de cada Programa de Saúde/Área de actuação)

Para conseguir atingir este objectivo a mestranda optou por não recorrer à formação meramente teórica, mas sim formação que aliasse o aprofundar de conhecimentos, nos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação, à prática profissional. Até porque, tal como nos diz Canário (1999) a formação não deve ser concebida como um conjunto de acções pontuais de ensino e aprendizagem, mas sim de desenvolvimento pessoal e profissional, em que se utilizam como principais recursos de formação a personalidade e a experiência dos sujeitos da acção.

Com efeito, e para o mesmo autor (Canário, 1999), os saberes prévios e os saberes adquiridos na acção, nomeadamente em contexto de trabalho, são da maior importância no processo de aprendizagem, e nem tudo tem de ser aprendido através dos saberes de natureza teórica.

Este aprofundar de conhecimentos em conjugação com a prática profissional foi conseguido recorrendo à supervisão clínica efectuada pelo Enfermeiro de Referência de cada Programa de Saúde/Área de actuação, o enfermeiro “perito” nesse mesmo Programa de Saúde/Área de actuação.

Na realidade, a supervisão clínica em enfermagem, segundo Garrido (2004, p. 35), “é um processo baseado no relacionamento profissional, entre um enfermeiro que executa práticas clínicas e um supervisor clínico de enfermagem. Este relacionamento envolve, o supervisor que transmite o seu conhecimento, experiência e valores aos colegas, para o desenvolvimento da prática e permitirá, consequentemente, aos profissionais estabelecer, manter e melhorar padrões e promover a inovação na prática clínica.”

Os objectivos fundamentais da supervisão clínica em enfermagem contemplam assim, de acordo com Garrido (2005, p. 12), “a formação e desenvolvimento de competências profissionais, a melhoria da qualidade dos cuidados dispensados aos utentes.”

Objectivo:

- Uniformizar procedimentos e registos nos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação e a informação escrita fornecida aos utentes pelos enfermeiros da USF Ars medica;

Metodologia(s) adoptada(s):

- Acções de formação sobre procedimentos e registos nos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação
- Supervisão clínica (Registos supervisionados pelo Enfermeiro de Referência do Programa de Saúde/Área de actuação)

No sentido de atingir este objectivo era necessário aliar, tal como no objectivo anterior, uma componente de cariz mais teórico e uma componente de cariz mais prático, mas em dois tempos diferentes. Por um lado, era necessário ministrar formação acerca do modo de proceder e registar em cada Programa de Saúde/Área de actuação, recorrendo à aplicação informática Medicine One e às Bases de Dados em Access utilizadas anteriormente pela Equipa de Enfermagem, o que aconteceu recorrendo a acções de formação efectuadas pelo enfermeiro de referência de cada Programa de Saúde/Área de actuação. À mestranda coube a formação no Programa de Saúde Infantil e Juvenil (Anexos IV,V,VI e VII).

Por outro lado, era necessário verificar se os conhecimentos adquiridos eram posteriormente postos correctamente em prática, recorrendo-se, mais uma vez, à supervisão clínica, efectuada pelo Enfermeiro de Referência do Programa de Saúde/Área de actuação.

Com efeito e de acordo com Teixeira (1996) o aprender supõe quer capacidade para aprender, quer oportunidade para comprovar por si próprio, em situação, o que se aprendeu, e isso depende, de acordo com o autor, da formação escolar, da formação profissional e da situação de trabalho.

- Informação escrita (Reformulação da informação escrita fornecida aos utentes)

Aproveitando o facto de incluir os ensinamentos efectuados pela Equipa de Enfermagem da USF Ars medica nos vários Programas de Saúde /áreas de actuação na aplicação informática Medicine One, os Enfermeiros de Referência de cada Programa de Saúde/Área de actuação ficaram incumbidos de reformular a informação escrita fornecida aos utentes. À mestranda coube a reformulação dos folhetos no Programa de Saúde Infantil e Juvenil (Anexos VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI e XVII).

Com efeito, e de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Decreto-Lei nº 161/96), Artigo 8º, número 2, o exercício da actividade profissional dos enfermeiros tem como objectivos fundamentais, entre outros, a promoção da saúde e a prevenção da doença. Uma das formas possíveis de efectuar promoção da saúde e prevenção da doença é através de informação escrita fornecida aos utentes.

- Novas formas de informação (Criação de novas formas de informação aos utentes
- power points a ser exibidos nas salas de espera, etc...)

Atendendo ao facto de terem sido colocados, nas salas de espera, pela aplicação informática Medicine One, painéis electrónicos onde é possível passar informações, cada Enfermeiro de Referência dos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação ficou responsável por criar “power points” a ser exibidos. A mestrandia ficou responsável pela criação de “power points” no Programa de Saúde Infantil e Juvenil (Anexos XVIII, XIX, XX, XXI, XXII e XXIII).

Com efeito, tal como nos diz Ordem dos Enfermeiros (2001), o enfermeiro na procura da excelência no exercício profissional, ajuda os clientes (pessoa individual/família) a alcançarem o máximo potencial de saúde, sendo um elemento importante face à promoção de saúde, entre outros, o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente (pessoa individual/família). A passagem de “power points” a ser visionados nas salas de espera insere-se, precisamente, no fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente.

Objectivo:

- Proporcionar conhecimentos aos Enfermeiros da USF Ars médica acerca da Enfermagem de Família e do Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família;

Metodologia(s) adoptada(s):

- Acção de Formação sobre Enfermagem de Família e Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família, com a presença de uma colega de outra USF a exercer funções em Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família

Para conseguir atingir este objectivo era necessário, tal como já tinha acontecido em objectivos anteriores, aliar uma componente de cariz mais teórico, a uma componente de cariz mais prático.

Com efeito, como já foi referido anteriormente, com excepção da mestrandia, nenhum enfermeiro da USF possuía qualquer formação teórica em Enfermagem de Família e Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família. No que diz respeito a

experiência prática de funcionar em Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família nenhum enfermeiro tinha qualquer experiência.

Assim, por um lado era necessário ministrar formação em Enfermagem de Família e Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família, tendo a mestranda recorrido a uma acção de formação (Anexos XXIV, XXV, XXVI e XXVII); por outro lado, era necessário ter alguém a quem pudessem ser colocadas questões relativamente à experiência prática de aplicação do modelo, tendo a mestranda recorrido a uma colega de outra USF a funcionar em Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família.

A enfermeira convidada da outra USF, pertencente ao Conselho Técnico dessa USF, veio dar o seu contributo na vertente mais prática, falando acerca da aplicabilidade e operacionalização do Modelo de Enfermeiro de Família, como por exemplo:

- Bom “feed-back” dos utentes/famílias relativamente ao Modelo de Enfermeiro de Família;
- Procedimentos e registos de enfermagem necessários para atingir os valores dos índices pretendidos (falarei mais pormenorizadamente sobre os índices mais à frente), nos vários Programas de Saúde/áreas de actuação;
- Modo de gerir as agendas de enfermagem (quem marca, que consultas independentes de enfermagem existem, etc...)
- Adaptação dos horários dos enfermeiros aos horários dos respectivos médicos de família, nos vários Programas de Saúde;
- Áreas de actuação onde não foi possível, naquela USF, aplicar o Modelo de Enfermeiro de Família (sala de tratamentos, visitação domiciliária curativa, vacinação, etc...)
- Funcionamento e rotatividade dos enfermeiros, nas áreas de actuação onde não é exequível aplicar o Modelo de Enfermeiro de Família (por exemplo sala de tratamentos, visitação domiciliária curativa, etc...);
- Horário-tipo semanal da equipa de enfermagem;

- Programas de Saúde em que é necessário existirem consultas interdependentes em Modelo B (Saúde Infantil, Saúde Materna, Planeamento Familiar e Diabéticos e Hipertensos);
- Incentivos financeiros em Modelo B.

Objectivo:

- Avaliar mensalmente, juntamente com os restantes enfermeiros da USF Ars medica, a implementação da 1ª fase do projecto.

Metodologia(s) adoptada(s):

- Reuniões mensais

No sentido de atingir este objectivo foram agendadas reuniões mensais, no horário da reunião de equipa da USF, de modo a garantir a presença de todas as enfermeiras da USF Ars medica.

Tal como já foi referido as reuniões estavam previamente agendadas e existia uma ordem de trabalhos dos assuntos a tratar, sendo conduzidas pela mestrandia.

Nas reuniões debatia-se o que já tinha sido conseguido, se estava de acordo com o planeado e programavam-se os ajustes necessários.

Tendo em conta os objectivos específicos definidos para a 2ª fase de implementação do projecto, as metodologias a adoptar, de forma a atingir cada objectivo, serão as seguintes:

Objectivo:

- Que os enfermeiros da USF Ars medica implementem, gradualmente, a partir de Fevereiro de 2011, o progressivo atendimento dos utentes no Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família;

Metodologia(s) adoptada(s):

- Supervisão clínica, sempre que necessário.

Qualquer mudança que se implemente não é fácil, no início, e uma mudança tão radical como a reorganização dos cuidados de enfermagem tem de ser efectuada de forma gradual e lenta, para que os intervenientes se sintam capazes de a realizar.

Para conseguir atingir este objectivo foi decidido em equipa começar pelos enfermeiros que, de acordo com a sua vontade, se sintam mais capazes para o fazer, possivelmente dois (2). Iniciarão por um Programa de Saúde/área de actuação, depois dois e assim sucessivamente até serem Enfermeiros de Família, atendendo um grupo limitado de famílias em todos os Programas de Saúde/áreas de actuação. Sempre que sintam necessidade poderão ser “ajudados” recorrendo, mais uma vez, à supervisão clínica, efectuada pelo Enfermeiro de referência do Programa de Saúde/área de actuação.

Logo que esses dois enfermeiros sintam que estão aptos a assumir a prestação de cuidados como Enfermeiros de Família iniciarão o processo outros dois (2) enfermeiros e assim sucessivamente, até que todos os enfermeiros sejam Enfermeiros de Família.

Objectivo:

- Que toda a Equipa de Enfermagem da USF Ars medica mantenha actualizados os conhecimentos no que diz respeito aos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação;

Metodologia(s) adoptada(s):

- Acções de formação nos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação efectuadas pelo Enfermeiro de Referência de cada Programa de Saúde/Área de actuação. Estas formações serão efectuadas sempre que seja necessária actualização de conhecimentos dos enfermeiros da USF Ars medica nos vários Programas de saúde/áreas de actuação. Os enfermeiros serão informados atempadamente do Programa de Saúde/área de actuação em que irá ser feita formação e dos temas a tratar.

Numa área de saber como a Enfermagem, em que os conhecimentos científicos estão em constante mudança e reformulação, é necessário manter os conhecimentos actualizados em todos os Programas de Saúde/Áreas de actuação.

Com efeito e tal como nos diz Leprohon (2002), a melhoria contínua da qualidade do exercício só é conseguida através da actualização constante e oportuna dos conhecimentos e competências de Enfermagem.

No sentido de conseguir este objectivo, e mantendo o Enfermeiro de Referência em cada Programa de Saúde/Área de actuação, será da sua responsabilidade frequentar todas as formações que entenda pertinentes no seu Programa de Saúde/Área de actuação e fazer formação aos colegas nesse mesmo Programa de Saúde/Área de actuação.

Objectivo:

- Monitorizar mensalmente e manter dentro dos valores pretendidos os indicadores relativos à prestação de Cuidados de Enfermagem, nos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação;

Metodologia(s) adoptada(s):

- Consulta dos valores obtidos pela Equipa de Enfermagem, nos indicadores contractualizados, nos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação, efectuadas pelos enfermeiros de referência desses mesmos Programas de Saúde/Áreas de actuação

No sentido de se avaliar o trabalho que se está a desenvolver, foi colocada à disposição das USF uma aplicação informática, o Performance Monitor, que permite que cada USF vá monitorizando, mensalmente, o valor já atingido nos vários indicadores, para que se perceba se os valores anuais contratualizados irão ser atingidos.

Nas USF de Modelo A, que é o caso da USF Ars medica, existem quinze (15) indicadores contratualizados da carteira básica de serviços(Anexo XXVIII):

- Quatro (4) indicadores na área “Acesso”;
- Oito (8) indicadores na área “Desempenho Assistencial”;
- Um (1) indicador na área “Satisfação dos Utentes”;
- Dois (2) indicadores na área “Eficiência”.

Para conseguir atingir este objectivo duas (2) enfermeiras da USF Ars medica, tiveram formação sobre Performance Monitor (uma das quais era a mestranda), em Janeiro de 2011, e, em reunião, transmitiram-na às colegas, de modo a que seja o Enfermeiro de Referência de cada Programa de Saúde/Área de actuação a efectuar a monitorização mensal dos indicadores relativos a esse mesmo Programa de Saúde/Área

de actuação, para verificar se os valores pretendidos estão a ser atingidos ou se são necessárias correcções.

Objectivo:

- Que todos os enfermeiros da USF Ars medica participem, mensalmente, na avaliação da 2ª fase de implementação do projecto.

Metodologia(s) adoptada(s):

- Reuniões mensais

No sentido de atingir este objectivo foram agendadas reuniões mensais, no horário da reunião de equipa da USF, de modo a garantir a presença de todas as enfermeiras da USF Ars medica.

As reuniões serão conduzidas pela mestanda e nelas será efectuada, tal como na 1ª fase, discussão com os enfermeiros do que já foi alcançado e serão feitos possíveis acertos para que no final da implementação do projecto todos os enfermeiros da USF Ars medica sejam Enfermeiros de Família.

5.3 – Análise reflexiva sobre as estratégias accionadas

Segundo Tavares (1990), estratégias são um conjunto de técnicas com o fim de atingir determinado objectivo. Para este autor (Tavares, 1990), a selecção das estratégias depende dos objectivos definidos anteriormente e também dos recursos disponíveis na comunidade e no grupo de trabalho que pretende desenvolver uma actividade. Permite ainda estabelecer qual o plano mais adequado para suprimir os problemas prioritários.

Neste projecto foram accionadas as seguintes estratégias:

- Envolver toda a Equipa de Enfermagem na intervenção;

Esta estratégia é de fulcral importância em qualquer projecto, se quisermos que ele se desenvolva de acordo com o que estava planeado e “dê frutos”. Com efeito, só envolvendo todos os intervenientes desde o início, e mantendo-os envolvidos, é possível “chegar a bom porto”.

Com efeito, Chiavenato (2002), diz-nos que é necessário motivar as pessoas e estimular o seu comprometimento, pois, nos nossos dias as pessoas passaram a ser consideradas parceiras da organização, capazes de conduzi-la à excelência e ao sucesso. Os processos produtivos somente se realizam com a participação conjunta dos diversos parceiros, cada um contribuindo com algum recurso e nos quais se deve investir para conseguir melhores resultados.

Esta envolvimento de toda a equipa de enfermagem concretizou-se a vários níveis:

- Elaboração do projecto com toda a Equipa de Enfermagem e baseado num problema sentido por toda a Equipa de Enfermagem;
- Apresentação do projecto a toda a Equipa de Enfermagem, recolha de sugestões, contributos, etc...;
- Presença de todas as enfermeiras da USF Ars medica nas reuniões mensais de avaliação da implementação do projecto;
- Formações sobre Procedimentos e Registos efectuadas em todos os Programas de Saúde/Áreas de actuação, recorrendo ao Enfermeiro de Referência desse Programa de Saúde/Área de actuação;
- Supervisão clínica efectuada em todos os Programas de Saúde/Áreas de actuação, recorrendo ao Enfermeiro de Referência desse Programa de Saúde/Área de actuação.

Tal como nos diz Capucha (2008, p. 14), os “Processos de planeamento participados incorporam, (...), o olhar crítico, ou, se preferirmos, reflexivo, da pluralidade dos actores.”

A mais-valia deste projecto consistiu, precisamente, em que ao serem os Enfermeiros de Referência de cada Programa de Saúde/Área de Actuação da USF Ars medica a formar os seus pares nesse mesmo Programa de Saúde/Área de Actuação, recorrendo quer a acções de formação, quer ao sistema de supervisão clínica, fizeram do projecto não o projecto de um elemento da Equipa de Enfermagem, mas de toda a Equipa de Enfermagem. Com efeito, todos os elementos da Equipa de Enfermagem sentiram a importância de se manterem envolvidos no projecto, uma vez que também faziam parte dele e eram necessários na sua implementação.

- Promover acção de formação sobre Enfermagem de Família e Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família a toda a Equipa de Enfermagem;

Como já foi referido, esta formação era de fulcral importância para a Equipa de Enfermagem da USF Ars medica, uma vez que era necessária aquisição de conhecimentos, tendo-se recorrido aos próprios profissionais envolvidos, ou seja, à mestrandia, com formação na área, e a uma enfermeira de outra USF a exercer funções em Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família.

- Promover acções de formação sobre uniformização de procedimentos e registos, a toda a equipa de enfermagem;

Como já foi salientado, a uniformização de procedimentos e registos é imprescindível à melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Como muitos enfermeiros da USF Ars medica já não exerciam funções num determinado Programa de Saúde/Área de actuação há algum tempo essas formações eram essenciais para promover a actualização e aprofundamento de conhecimentos, optando-se por serem ministradas pelo Enfermeiro de Referência de cada Programa de Saúde/Área de actuação.

- Promover o progressivo atendimento de utentes por Enfermeiro de Família, recorrendo ao sistema de supervisão clínica;

Quando um projecto, como este, envolve uma mudança tão radical ao nível da prestação de cuidados é necessário que a mudança seja feita gradualmente, dando tempo aos profissionais para que se integrem melhor nos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação e se sintam capazes de a efectuar. E é isso que se vai tentar fazer na 2ª fase do projecto, começando pelos enfermeiros que, de acordo com a sua vontade, se sintam mais capazes e recorrendo, sempre que necessário, ao Enfermeiro de Referência de cada Programa de Saúde/Área de actuação, e indo gradualmente integrando os outros colegas.

- Organizar momentos de convívio para toda a equipa de enfermagem;

Para que um projecto como este seja posto em prática, um projecto envolvendo toda a Equipa de Enfermagem, é fundamental que a equipa se mantenha unida e coesa. E foi essa união e coesão que se pretendeu manter (ela já era uma realidade) ao criar momentos de convívio (que também já eram uma prática na Unidade) para toda a Equipa de Enfermagem, como por exemplo:

- Toda a Equipa de Enfermagem almoçar junta após as formações, para que houvesse convívio e debate de ideias de modo mais informal;
 - Jantares informais com toda a Equipa de Enfermagem.
- Reflexão sistemática e periódica sobre o desenvolvimento do projecto, com toda a Equipa de Enfermagem.

Se, por um lado, a reflexão sistemática e periódica sobre o desenvolvimento do projecto é uma actividade que permite a avaliação intermédia, também não deixa de ser uma estratégia, uma vez que permite ir monitorizando se os objectivos delineados no início do projecto estão a ser atingidos. E foi isso que se pretendeu com as reuniões mensais ao longo da 1ª fase de implementação do projecto e que se pretende continuar na 2ª fase de implementação.

Nas reuniões, tal como já foi referido, monitorizava-se se as actividades programadas tinham sido efectuadas, e se as metas traçadas estavam a ser atingidas. Das reuniões saía a estratégia para continuar o desenvolvimento do projecto, fosse mantendo as actividades como estava programado, fosse fazendo alguns acertos necessários.

Na realidade, foi imprescindível criar condições para a participação de todos os enfermeiros, para que se sentissem ligados, efectivamente e afectivamente, ao projecto e à sua execução, para que o sentissem como seu e para que sentissem que o seu esforço e o seu empenho eram importantes, eram valorizados e contribuía para a melhoria da prestação de cuidados às populações.

Com efeito, e tal como nos diz Chiavenato (2002), nos nossos dias as pessoas (neste caso os enfermeiros) devem ser envolvidas, devem ser vistas como parceiras, com metas negociadas e partilhadas, com preocupação com os resultados, em que o objectivo é o atendimento e a satisfação do cliente, e onde haja participação e comprometimento e ênfase na ética e na responsabilidade.

5.4 – Recursos materiais e humanos envolvidos

Para Capucha (2008, p. 26), a “coerência com o diagnóstico não se limita à relação entre problemas e orientações gerais/finalidades. Estende-se também à inventariação genérica dos recursos. Só vale a pena planear as mudanças que forem possíveis, mesmo que difíceis.”

Para o mesmo autor (Capucha, 2008, p. 27), o “ critério básico de avaliação dos recursos que se planeia utilizar num projecto é o da eficiência, através da qual se afere a relação entre os meios (recursos, custos) e os fins/resultados do projecto.”

Neste projecto, como iremos ver, os recursos humanos e materiais utilizados no desenvolvimento da primeira fase foram, no entender da mestranda, os necessários, sendo eficientes para atingir o fim a que esta primeira fase do projecto se propunha - Criar condições para implementar o Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família na USF Ars medica (ACES VI – Loures).

5.4.1 - Recursos Humanos

- Oito (8) Enfermeiros da USF Ars medica
- Um (1) Enfermeiro convidado de outra USF, já a funcionar em Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família

5.4.2 - Recursos Materiais

- Computador portátil, com Microsoft Office
- Computadores fixos com aplicação informática Medicine One e Bases de Dados em Access, e aplicação informática Performance Monitor
- Datashow
- Fotocópias para avaliação das aprendizagens
- Fotocópias para avaliação dos ensinios
- Fotocópias para avaliação da 1ª fase do projecto
- Fotocópias para avaliação final do projecto

5.5 – Contactos desenvolvidos e entidades envolvidas

Como este projecto se desenvolveu, na sua quase totalidade, recorrendo aos enfermeiros que constituem a USF Ars medica, o único contacto desenvolvido e a única entidade envolvida foi a colega de outra USF a exercer funções em Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família.

5.6 – Análise da estratégia orçamental

De acordo com Capucha (2008, p. 28), o “orçamento dos projectos deve permitir identificar os recursos financeiros a mobilizar, as respectivas fontes de financiamento, mas também deve permitir quantificar os custos dos meios já existentes e que vão ser utilizados para a intervenção.”

Recursos Financeiros

- Apoio financeiro da USF Ars medica:

- Tempo dispendido na elaboração do projecto
- Tempo dispendido na apresentação do projecto à Equipa de Enfermagem da USF Ars medica
- Tempo dispendido nas reuniões intermédias de avaliação do projecto com a Equipa de Enfermagem da USF Ars medica
- Tempo dispendido na elaboração de materiais (acções de formação, planos das acções de formação, avaliações dos ensinos, avaliações das aprendizagens, avaliação da 1ª fase do projecto, avaliação final do projecto, reformulação da informação escrita fornecida aos utentes, criação de power points)
- Tempo dispendido na realização de acções de formação, na avaliação dos ensinos e das aprendizagens
- Tempo dispendido em supervisão clínica aos colegas da USF Ars medica
- Papel para impressão dos folhetos reformulados
- Fotocópias para avaliação dos ensinos e das aprendizagens
- Fotocópias para avaliação da 1ª fase do projecto e para a avaliação final

No que diz respeito à mestranda, embora não tenha dispendido qualquer quantia monetária, à excepção da dispendida com o pagamento das propinas do Mestrado em Enfermagem Comunitária, disponibilizou muito do seu tempo pessoal em pesquisa bibliográfica para concretizar o projecto, para efectuar as acções de formação, para o avaliar e para elaborar este relatório.

5.7 – Cumprimento do Cronograma

Quadro 5 – Cronograma de Actividades

Actividade	Mês	Setembro 2010	Outubro 2010	Novembro 2010	Dezembro 2010	Janeiro 2011	Fevereiro 2011	Março 2011	Abril 2011	Maio 2011	Junho 2011
Apresentação e Divulgação do Projecto											
Atendimento de utentes nos vários Programas/Áreas de actuação supervisionada pelo enfermeiro de referência de cada Programa de Saúde/Área de actuação		25%	50%	75%	100%						
Reformulação da informação escrita fornecida pessoalmente aos utentes nos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação											
Criação de novas formas de informação aos utentes nos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação (power points a ser exibidos nas salas de espera, folhetos para download no site, etc...)											
Acções de formação sobre uniformização de procedimentos e registos nos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação											
Acção de Formação sobre Enfermagem de Família e Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família											
Reflexão sistemática e periódica sobre o desenvolvimento do projecto, com toda a Equipa de Enfermagem			13/10	10/11	15/12	19/1	16/2	16/3	6/4	18/5	29/6
Atendimento progressivo de utentes no Modelo de Enfermeiro de Família							2 Enf.	4 Enf.	6 Enf.	9 Enf.	
Acções de formação nos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação efectuadas pelo enfermeiro de referência de cada Programa de Saúde/Área de actuação											
Monitorização dos índices nos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação pelo enfermeiro de referência de cada Programa de Saúde/Área de actuação			1/10	1/11	2/12	3/1	1/2	1/3	1/4	2/5	1/6
Avaliação da 1ª fase do Projecto (Mestrado)											
Elaboração do relatório											
Avaliação Final do Projecto											

No que diz respeito ao cumprimento do cronograma a mestrandia irá efectuar o comentário relativamente a cada actividade programada:

- Apresentação e Divulgação do Projecto – foi efectuada na última semana de Setembro de 2010, na data em que estava programado.
- Atendimento de utentes nos vários Programas/Áreas de actuação supervisionada pelo Enfermeiro de Referência de cada Programa de Saúde/Área de actuação – foi efectuada desde Setembro de 2010 e ainda se irá manter por mais algum tempo, o que não estava programado. Este ajuste foi necessário para poder integrar colegas que ainda não se sentem preparadas, nomeadamente as colegas que estão a fazer a Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária e a colega a fazer o Curso de Complemento de Formação em Enfermagem, porque em virtude de usufruírem de Estatuto de Trabalhador-Estudante exercem menos tempo semanalmente as suas funções na USF, e para integrar a colega que integrou a USF em Janeiro de 2011.
- Reformulação da informação escrita fornecida pessoalmente aos utentes nos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação – todos os Programas de Saúde/Áreas de actuação reformularam a informação fornecida aos utentes, entre Setembro e Dezembro de 2010, tal como estava programado, com excepção da Visitação Domiciliária, em que ainda não foi criado o folheto a entregar às puerperas aquando da visita domiciliária de promoção de saúde. Este folheto não foi criado na altura programada por o Enfermeiro de Referência desta área de actuação ser uma das colegas a fazer a Pós-Licenciatura de Especialização. Irá ser criado oportunamente.
- Criação de novas formas de informação aos utentes nos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação (power points a ser exibidos nas salas de espera, folhetos para download no site, etc...) – apenas foram criados power points a ser exibidos nas salas de espera entre Setembro e Dezembro de 2010, tal como estava previsto, nos Programas de Saúde Infantil, Saúde Materna e Planeamento Familiar. Nos restantes Programas de Saúde/Áreas de actuação irão ser posteriormente criados, não sendo criados na altura programada por os

Enfermeiros de Referência dessas áreas de actuação serem as colegas a fazer a Pós-Licenciatura ou o Curso de Complemento de Formação em Enfermagem.

- Acções de formação sobre uniformização de procedimentos e registos nos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação – foram efectuadas em todos os Programas de Saúde/Áreas de actuação, embora não tenham sido realizadas em Outubro e Novembro de 2010, tal como estava previsto, mas em Novembro e Dezembro do mesmo ano. A programação teve de ser atrasada em virtude da entrada de duas (2) colegas na Pós-Licenciatura.
- Acção de Formação sobre Enfermagem de Família e Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família – foi efectuada, embora não tenha sido realizada em Dezembro de 2010, tal como estava prevista, mas sim em Janeiro de 2011. A programação foi atrasada propositadamente porque se soube, em meados de Dezembro, que a nona colega viria em Janeiro, fazendo assim todo o sentido atrasar a acção de formação para que a colega já estivesse presente.
- Reflexão sistemática e periódica sobre o desenvolvimento do projecto, com toda a Equipa de Enfermagem – foram efectuadas reuniões mensalmente, sempre com a presença de toda a Equipa de Enfermagem, embora nem sempre fossem realizadas nas datas que estavam previstas, porque, por vezes, havia formações exteriores à USF programadas para esses dias, tendo assim de haver um ajuste.
- Atendimento progressivo de utentes no Modelo de Enfermeiro de Família – está previsto começar a ser efectuado em Fevereiro de 2011.
- Acções de formação nos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação efectuadas pelo Enfermeiro de Referência de cada Programa de Saúde/Área de actuação – está previsto serem efectuadas, sempre que se justifique.
- Monitorização dos indicadores nos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação pelo Enfermeiro de Referência de cada Programa de Saúde/Área de actuação – inicialmente estava previsto começar a monitorização dos indicadores contractualizados no início de Outubro de 2010, mas tal não foi possível porque só houve formação e acesso à aplicação informática Performance Monitor em meados de Janeiro de 2011. Assim, está previsto ser

iniciada em Fevereiro de 2011, altura em que será possível visualizar na aplicação informática Performance Monitor os valores atingidos para todos os indicadores contractualizados, relativamente ao mês de Janeiro de 2011.

- Avaliação da 1ª fase do Projecto – foi efectuada no final de Janeiro de 2011, tal como estava previsto, e irá ser apresentada à Equipa de Enfermagem no início de Fevereiro de 2011, tal como também estava previsto, já que a avaliação da 1ª fase incluía a apresentação à Equipa de Enfermagem dos resultados obtidos.
- Elaboração do relatório – foi sendo elaborado a partir de Novembro de 2010, tendo sido finalizado em Fevereiro de 2011.
- Avaliação Final do Projecto – está previsto ser efectuada no final de Junho de 2011.

6 – Análise reflexiva sobre o processo de avaliação e controlo

Stanhope e Lancaster (1999, p. 332) dizem-nos que, definida “de forma simples, a **avaliação** é a apreciação dos efeitos de alguma actividade ou programa organizado.”

Igualmente Tavares (1990, p. 205) refere que “a avaliação faz uma confrontação entre objectivos e estratégias, ao nível da adequação.”

Para Capucha (2008, p. 16) “a avaliação é um elemento central de qualquer programa, política ou plano de intervenção, permitindo-lhe não apenas determinar os níveis de realização dos objectivos, mas também aquilatar do conjunto de impactos que produz e os processos que conduziram a tais impactos.”

No fundo avaliar significa determinar o valor das intervenções realizadas.

6.1 – Avaliação dos objectivos

Uma vez que o projecto se encontrava dividido em duas fases, a avaliação foi efectuada apenas relativamente à 1ª fase do projecto, uma vez que foi esta fase que terminou a 31/1/2011.

A avaliação dos objectivos da 1ª fase de implementação do projecto foi efectuada pela mestranda objectivo a objectivo, baseando-se na avaliação final da 1ª fase do projecto (Anexo III).

Objectivos Específicos (1ª Fase – até 31/1/2011):

- Aprofundar os conhecimentos de toda a Equipa de Enfermagem da USF Ars médica no que diz respeito aos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação (Saúde Infantil, Saúde Materna, Planeamento Familiar, Saúde do Adulto, Visitação Domiciliária, etc...);

Baseando a avaliação do objectivo na avaliação da 1ª fase do projecto podemos perceber que:

- No que diz respeito ao Programa de Saúde Infantil, 4 enfermeiros concordaram totalmente em como sentiam que tinham aprofundado

suficientemente os conhecimentos, 3 concordaram e 1 referiu “sem opinião”;

- No que diz respeito ao Programa de Saúde Materna, 4 enfermeiros concordaram totalmente em como sentiam que tinham aprofundado suficientemente os conhecimentos, 3 concordaram e 1 discordou;
- No que diz respeito ao Programa de Planeamento Familiar, 3 enfermeiros concordaram totalmente em como sentiam que tinham aprofundado suficientemente os conhecimentos, 4 concordaram e 1 discordou;
- No que diz respeito ao Programa de Saúde do Adulto, 7 enfermeiros concordaram em como sentiam que tinham aprofundado suficientemente os conhecimentos e 1 discordou;
- No que diz respeito à Sala de Tratamentos e à Visitação Domiciliária, 6 enfermeiros concordaram totalmente em como sentiam que tinham aprofundado suficientemente os conhecimentos e 2 concordaram;
- No que diz respeito à Vacinação, 4 enfermeiros concordaram totalmente em como sentiam que tinham aprofundado suficientemente os conhecimentos e 4 concordaram.

Pelo que podemos constatar o objectivo foi atingido quase na sua totalidade, não sendo, no entanto, atingido para dois enfermeiros, um no Programa de Saúde Infantil e outro nos Programas de Saúde Materna, Planeamento Familiar e Saúde do Adulto. Os enfermeiros estão, no entanto, identificados, para que na 2ª fase de implementação do projecto se possam integrar melhor e já sintam que aprofundaram suficientemente os conhecimentos nesses Programas de Saúde.

- Uniformizar procedimentos e registos nos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação e a informação escrita fornecida aos utentes pelos enfermeiros da USF Ars medica;

Baseando a avaliação do objectivo na avaliação da 1ª fase do projecto podemos perceber que:

- No que diz respeito ao Programa de Saúde Infantil, 3 enfermeiros concordaram totalmente em como sentiam que eram capazes de efectuar procedimentos e registos e de fornecer informação escrita aos utentes, do mesmo modo que os colegas e 5 concordaram;
- No que diz respeito ao Programa de Saúde Materna, 3 enfermeiros concordaram totalmente em como sentiam que eram capazes de efectuar procedimentos e registos e de fornecer informação escrita aos utentes, do mesmo modo que os colegas, 4 concordaram e 1 discordou;
- No que diz respeito ao Programa de Planeamento Familiar, 2 enfermeiros concordaram totalmente em como sentiam que eram capazes de efectuar procedimentos e registos e de fornecer informação escrita aos utentes, do mesmo modo que os colegas, 5 concordaram e 1 discordou;
- No que diz respeito ao Programa de Saúde do Adulto, 1 enfermeiros concordaram totalmente em como sentiam que eram capazes de efectuar procedimentos e registos e de fornecer informação escrita aos utentes, do mesmo modo que os colegas, 6 concordaram e 1 discordou;
- No que diz respeito à Sala de Tratamentos e à Visitação Domiciliária, 6 enfermeiros concordaram totalmente em como sentiam que eram capazes de efectuar procedimentos e registos e de fornecer informação escrita aos utentes, do mesmo modo que os colegas e 2 concordaram;
- No que diz respeito à Vacinação, 4 enfermeiros concordaram totalmente em como sentiam que eram capazes de efectuar procedimentos e registos e de fornecer informação escrita aos utentes, do mesmo modo que os colegas e 4 concordaram.

Pelo que podemos constatar o objectivo foi atingido quase na sua totalidade, não sendo, no entanto, atingido para um enfermeiro nos Programas de Saúde Materna, Planeamento Familiar e Saúde do Adulto. O enfermeiro está, no entanto, identificado, para que na 2ª fase de implementação do projecto se possa integrar melhor e já sinta que é capaz de efectuar procedimentos e registos e de fornecer informação escrita aos utentes, do mesmo modo que os colegas.

- Ministrando conhecimentos sobre a Enfermagem de Família e do Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família;

Baseando a avaliação do objectivo na avaliação da 1ª fase do projecto podemos perceber que:

- No que diz respeito à Enfermagem de Família e ao Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família, 4 enfermeiros concordaram totalmente em como tinham adquirido conhecimentos suficientes para poder seguir o Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família, 3 concordaram e 1 discordou.

Pelo que podemos constatar o objectivo foi atingido quase na sua totalidade, não sendo, no entanto, atingido para um enfermeiro. O enfermeiro está, no entanto, identificado, para que na 2ª fase de implementação do projecto possa adquirir mais conhecimentos sobre Enfermagem de Família e Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família.

- Avaliar mensalmente, juntamente com os restantes enfermeiros da USF Ars medica, a implementação da 1ª fase do projecto.

Baseando a avaliação do objectivo na avaliação da 1ª fase do projecto podemos perceber que:

- No que diz respeito ao Projecto, 5 enfermeiros concordaram totalmente em como se tinham sentido, desde o início, incluídos, tendo oportunidade de participar e reflectir sobre o desenvolvimento do mesmo e 3 enfermeiros concordaram.

Este objectivo foi atingido na totalidade, uma vez que os 8 enfermeiros que integravam o projecto estiveram sempre presentes em todas as reuniões de avaliação efectuadas.

Objectivo Geral (1ª Fase do Projecto – até 31/1/2011):

- Criar condições para implementar o Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família na USF Ars medica (ACES VI – Loures).

Baseando a avaliação do objectivo na avaliação da 1ª fase do projecto podemos perceber que:

- No que diz respeito ao iniciar o progressivo atendimento de utentes em Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família, 2 enfermeiros concordaram totalmente em como se sentiam capazes de o fazer, 5 concordaram e 1 referiu “sem opinião”.
- No que diz respeito a avaliar mensalmente a prestação da Equipa de Enfermagem, no indicador atribuído, 3 enfermeiros concordaram totalmente em como se sentiam capazes de o fazer, 4 concordaram e 1 referiu “sem opinião”.

Pelo que podemos constatar o objectivo foi atingido quase na sua totalidade, não sendo, no entanto, atingido para um enfermeiro. O enfermeiro está, no entanto, identificado, para que ao longo da 2ª fase de implementação do projecto já se sinta capaz de iniciar o progressivo atendimento de utentes em Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família e para que consiga avaliar mensalmente a prestação da Equipa de Enfermagem no indicador que lhe foi atribuído.

Pelo que foi referido, a mestranda pensa que o objectivo geral da 1ª fase foi atingido, tendo sido criadas condições para implementar o Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família.

Considera que estão criadas condições para que 2 enfermeiros (os 2 enfermeiros que concordaram totalmente em como se sentiam capazes de iniciar o progressivo atendimento de utentes em Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família), iniciem a 2ª fase do projecto, ou seja, iniciem a implementação do Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família.

6.2 – Avaliação da implementação do programa

“A avaliação consiste, resumidamente, no processo sistemático de pesquisa, questionamento e reflexão através do qual as pessoas e as instituições envolvidas ou interessadas no projecto pensam criticamente sobre os objectivos planeados (incluindo

sobre as teorias implícitas e explícitas que lhes subjazem), aprendem com o que estão a fazer e apreciam quer a qualidade da intervenção, quer os resultados produzidos.” (Capucha, 2008, p.8)

Pela análise reflexiva sobre as intervenções, realizada no ponto anterior, pela avaliação da 1ª fase do projecto efectuada e pela aceitação que o projecto teve, sendo “abraçado” e acarinhado por todos os enfermeiros, a mestranda considera que a implementação, até à data, tem corrido bem, sem problemas e se tem mantido, com pequenas excepções, dentro dos “timings” preconizados.

Com efeito, todas as intervenções planeadas pela mestranda foram realizadas, tendo sido utilizadas as metodologias e estratégias programadas, assim como os recursos utilizados, os contactos desenvolvidos e a estratégia orçamental ficaram dentro daquilo que era expectável.

Antecipando um pouco a fase seguinte, a mestranda pensa que estão igualmente criadas condições para que ela se desenvolva sem grandes intercorrências, uma vez que apenas um (1) enfermeiro referiu “sem opinião” no que dizia respeito a sentir-se capaz de implementar o Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família, antevendo assim “uma chegada a bom porto” do projecto na sua totalidade.

6.3 – Descrição dos momentos de avaliação intermédia e medidas correctivas introduzidas

Para Capucha (2008, p. 42), “quanto melhor o projecto tiver sido negociado e apropriado pelos intervenientes desde o princípio, e quanto mais eles possam participar de forma aberta e transparente no processo, melhores tenderão a ser os resultados.”

Como já foi referido atrás este projecto foi “construído” com os enfermeiros e foi baseado numa necessidade sentida por eles.

No que diz respeito à avaliação da 1ª fase de implementação, foi questionado aos enfermeiros se se sentiam, desde o início, incluídos no projecto, tendo oportunidade de participar e reflectir sobre o desenvolvimento do mesmo, ao que 5 enfermeiros responderam “concordo totalmente” e 3 “concordo”.

Como podemos perceber, tal como nos diz o autor, tendo sido um projecto construído, desde o início, com todos os enfermeiros, partindo de uma necessidade sentida pelos próprios e sentindo os enfermeiros que tiveram oportunidade de participar no desenvolvimento do mesmo, foram criadas as condições necessárias para que se atingissem bons resultados.

Na realidade, a avaliação contínua do projecto dever-se-á traduzir num diálogo sucessivo com os intervenientes, de modo a que a sua participação assente na consciencialização, e seja uma mais-valia para o resultado final.

Com efeito, a negociação e a apropriação do projecto com e por todos os intervenientes foi uma premissa assumida logo desde o início. Daí a necessidade de efectuar reuniões mensais para ir aferindo o cumprimento dos objectivos e o desenvolvimento do projecto, os possíveis desvios às metas preconizadas e as medidas correctivas que era necessário implementar.

Essas reuniões foram efectuadas mensalmente, embora, como já referi atrás, nem sempre tivessem sido realizadas nas datas previstas para o efeito.

No que diz respeito às medidas correctivas introduzidas, em grande parte estiveram associadas, tal como já vimos, à entrada no Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária de duas (2) colegas, a partir de Outubro de 2010, e de outra colega no Curso de Complemento de Formação em Enfermagem, em Dezembro de 2010. Estas alterações vieram fazer com que a Equipa de Enfermagem ficasse mais reduzida em alguns dias da semana, inviabilizando assim a supervisão clínica nesses dias e atrasando o processo de integração de todos os enfermeiros nos vários Programas de Saúde/Áreas de Actuação.

Assim, as medidas correctivas introduzidas foram as seguintes:

- Alargamento do período de atendimento de utentes supervisionada pelo Enfermeiro de Referência de cada Programa de Saúde/Área de actuação para poder integrar colegas que ainda não se sintam preparadas, e para integrar a colega que integrou a USF em Janeiro de 2011.
- Alargamento do período para reformulação da informação escrita fornecida às puérperas em Visitação Domiciliária.

- Alargamento do período para criação de novas formas de informação aos utentes (power points a ser exibidos nas salas de espera) no Programa de Saúde do Adulto e nas áreas de actuação de Sala de Tratamentos, Visitação Domiciliária e Vacinação.
- Realização das acções de formação sobre Uniformização de Procedimentos e Registos nos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação em Novembro e Dezembro de 2010, e não em Outubro e Novembro, tal como estava previsto.
- Realização da acção de formação sobre Enfermagem de Família e Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família em Janeiro de 2011 e não em Dezembro de 2010, tal como estava previsto. Esta medida correctiva foi, no entanto, intencional, como já vimos, uma vez que se soube em Dezembro que a nona colega viria em Janeiro de 2011 e assim a acção de formação efectuou-se já a toda Equipa de Enfermagem constituinte da USF.
- Início da monitorização dos indicadores nos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação realizada pelo Enfermeiro de Referência de cada Programa de Saúde/Área de actuação, efectuado a partir do início de Fevereiro de 2011 e não do início de Outubro de 2010, tal com estava previsto. Tal não foi possível, tal como já foi referido, porque só se teve formação e acesso à aplicação informática Performance Monitor em meados de Janeiro de 2011.

As medidas correctivas introduzidas, no entender da mestranda, não colocaram, no entanto, em causa o desenvolvimento do projecto, embora tenham atrasado alguma operacionalização da 1ª fase, não pondo assim em causa o início da 2ª fase de implementação, a 1/2/2011.

7 – Análise reflexiva sobre competências mobilizadas e adquiridas

Competência, de acordo com Le Boterf, citado por Ruthes e Cunha (2008, p. 111) “não é um estado ou um conhecimento que se tem e nem é resultado de treinamento. Competência é na verdade colocar em prática o que se sabe em um determinado contexto.”

A análise reflexiva das competências mobilizadas e adquiridas foi efectuada competência a competência, baseando-se nas competências que tinham sido definidas como competências a mobilizar pela mestranda e a adquirir pela população alvo.

Assim, neste projecto tinham sido definidas como competências a mobilizar pela mestranda, enquanto Especialista em Enfermagem Comunitária:

1. Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do modelo de prestação de Cuidados de Enfermagem
 - a) Procede à elaboração do diagnóstico de situação do modelo de prestação de cuidados de enfermagem utilizado e das necessidades de formação verbalizadas pela população alvo

Com efeito, o diagnóstico de situação foi efectuado, sendo que o modelo de prestação de cuidados de enfermagem que vigorava era o Modelo de Enfermeiro por Programa, e os enfermeiros verbalizaram que, para serem Enfermeiros de Família, necessitavam de formação nos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação e sobre Enfermagem de Família e Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família.

- b) Estabelece as prioridades de intervenção

As intervenções efectuadas, para o desenvolvimento do projecto, como já vimos, tiveram em linha de conta o estabelecimento e a ordenação de prioridades.

- c) Formula objectivos e estratégias face à priorização das intervenções

Foram formulados objectivos para o projecto no seu todo e para as duas fases constituintes, e foram formuladas estratégias que íam de encontro à priorização das intervenções.

- d) Estabelece um projecto de intervenção com vista à mudança do modelo de prestação de cuidados de enfermagem (deixar de funcionar como Enfermeiro por programa e adoptar o Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família)

Foi estabelecido, em conjunto com os restantes enfermeiros da USF Ars medica, um projecto de intervenção, com vista à mudança do Modelo de Prestação de Cuidados de Enfermagem, deixando os enfermeiros de funcionar como Enfermeiro por Programa e passando a utilizar o Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família.

- e) Avalia o projecto de intervenção com vista à mudança do modelo de prestação de cuidados de enfermagem (deixar de funcionar como Enfermeiro por programa e adoptar o Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família)

A avaliação da 1ª fase de implementação do projecto (até ao final de Janeiro de 2011) foi efectuada, estando criadas condições para a implementação da 2ª fase e avaliação final (no final de Junho de 2011).

- 2. Contribui para o processo de capacitação da Equipa de Enfermagem da USF Ars medica com vista à mudança do modelo de prestação de Cuidados de Enfermagem

- a) Lidera processos com vista à capacitação da Equipa de Enfermagem no que diz respeito à Enfermagem de Família e ao Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família

Foi a mestranda a responsável pela acção de formação ministrada sobre Enfermagem de Família e Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família, recorrendo ao seu conhecimento teórico, adquirido na Pós-Licenciatura em Enfermagem Comunitária, e a uma colega já a funcionar em Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família.

Neste projecto tinham ainda sido definidas como competências a adquirir pela população alvo:

1. Competências específicas de Enfermeiro de Família:

- Cuidar da família como unidade de cuidados
 - a) Reconhece a complexidade do sistema familiar
 - b) Concebe a família como uma unidade em transformação
 - c) Desenvolve o processo de cuidados em colaboração com a família
- Prestar cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária
 - a) Realiza a avaliação familiar, baseada no Modelo de Calgary

2. Competência cultural

As competências específicas de Enfermeiro de Família foram adquiridas pela população alvo através de:

- Acções de formação sobre uniformização de procedimentos e registos nos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação, ministradas pelos Enfermeiros de Referência dos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação;
- Atendimento de utentes nos vários Programas/Áreas de actuação supervisionada pelo Enfermeiro de Referência de cada Programa de Saúde/Área de actuação;
- Acção de formação sobre enfermagem de família e modelo organizativo de enfermeiro de família, ministrada pela mestranda, com a presença de uma enfermeira de outra USF já a prestar cuidados em Modelo de Enfermeiro de Família.

Como já foi referido, em virtude da população abrangida pela USF ser constituída em grande parte por imigrantes vindos dos PALOP e indianos hindus, era fundamental que os enfermeiros adquirissem competência cultural.

Com efeito, os enfermeiros (Dezagon, E. C., 2010), principais protagonistas na prestação de cuidados, precisam de compreender as perspectivas culturais que afectam a percepção de doença e a fisiopatologia dos povos de diferentes culturas, pois estas



concepções determinam muitos dos comportamentos de saúde destas populações. Conhecer as populações a quem prestamos cuidados com a finalidade de proporcionar os melhores níveis de saúde deve constituir um dos objetivos prioritários da enfermagem comunitária.

A competência cultural (que se justificava apenas para a colega entrada na Unidade em Outubro de 2010 e se justifica agora para a colega entrada na Unidade em Janeiro de 2011) foi adquirida através da consulta de bibliografia colocada aos dispor da USF Ars medica pela mestranda.

Conclusão

De acordo com Capucha (2008, p. 5) “nas sociedades modernas, democráticas, a existência de um propósito comum, o sentido de comunidade e a participação colaborativa dos profissionais são alguns dos indicadores de qualidade das organizações, onde todos, em conjunto, podem aprender e cooperar. Nesta óptica, tem-se generalizado e acentuado a tendência para organizar e desenvolver o trabalho em equipas multidisciplinares que tentam rentabilizar as diversas valências, as diversas perspectivas e os diversos recursos na resolução dos problemas existentes e na obtenção dos melhores resultados.

Foi, sem dúvida, numa óptica de tendência de organizar e desenvolver o trabalho em equipas multidisciplinares que foram criadas as USF, orientadas para a obtenção de ganhos em saúde e tendo como objectivos aumentar o grau de satisfação dos utentes e suas famílias, assim como a satisfação dos próprios profissionais.

No entanto, sendo as USF um modelo organizativo de trabalho em equipa em saúde pessoal e familiar, baseando-se na medicina geral e familiar e na enfermagem de família, era necessário reorganizar o modelo de prestação de cuidados de enfermagem e criar a figura do Enfermeiro de Família, sendo este responsável pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias. E foi isso mesmo que este projecto pretendeu fazer.

De acordo com Hanson (2005), o conceito de enfermagem de família foi desenvolvido a partir da década de setenta, surgindo como uma ciência alicerçada no pensamento sistémico, com uma abordagem que ultrapassa o paradigma da ciência tradicional, permitindo a compreensão de todos os factores que inteiram a unidade familiar.

Como nos dizem Barbieri et al. (2009, p. 17), neste modelo o enfermeiro é “um prestador de cuidados que combina a promoção de saúde, a prevenção da doença, com a actuação e responsabilidade clínica dirigida aos membros da família. É gestor e organizador de recursos com vista ao máximo de autonomia daqueles a quem se dirige a sua intervenção, sendo para cada família a referência e o suporte qualificado para a

resposta às suas necessidades e para o exercício das funções familiares. Assume-se como elo de ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, como garante da equidade no acesso aos cuidados de saúde, e mais especificamente, aos de enfermagem e como um importante recurso para os cuidados de proximidade, disponibilizando cuidados de enfermagem em tempo útil, efectuando o conhecimento da situação de saúde e dos processos de vida, relativamente ao seu grupo de famílias.”

Os mesmos autores (Barbieri et al.) referem que os “enfermeiros ajudam as famílias a fazer escolhas saudáveis, a enfrentar a doença crónica e a deficiência, a controlar o stress e a realizar a promoção integral da saúde, contribuindo para o fortalecimento de um dos pilares fundamentais da sociedade. A OMS vê estes enfermeiros a trabalhar em conjunto com as famílias, comunidade e outros profissionais de saúde, actuando como recurso e sendo elementos chave na sociedade como promotores de Saúde.” (2009, p. 15)

Com efeito, e ainda segundo os mesmos autores (Barbieri et al.), “Ao lidar com transições de saúde/doença, a família possui um potencial de ajuda que os profissionais de saúde não podem negligenciar. Não sendo os profissionais de enfermagem responsáveis por um conjunto significativo de mudanças que a família vivencia, podem tornar-se parceiros e actores dessas mudanças, proporcionando conhecimentos e recursos para que ocorram transições mais positivas sob o ponto de vista de quem as vivencia.” (2009, p. 6)

O desenvolvimento de projectos, como este, tal como nos diz Capucha (2008, p.7) “exige o planeamento e a avaliação, instrumentos indispensáveis para qualificar as actividades, para facilitar a prossecução dos objectivos visados, para dar a conhecer o nível de consecução de tais objectivos e para ajuizar sobre os factores intervenientes nesses projectos e nos seus resultados.”

Com efeito, qualquer projecto que se pretenda implementar deve ser capaz de introduzir mudanças, não só a nível individual, mas de toda a Equipa, respeitando a matriz atitudinal e comportamental, e estando de acordo com o ritmo de cada profissional. As estratégias devem prever a articulação interpares e estarem integradas

no normal funcionamento da Unidade de Saúde. E foi o que se tentou fazer com este projecto.

É na USF que o Enfermeiro passa uma grande parte do seu dia e, como tal, deve-se sentir motivado e envolvido, sentindo que o seu esforço e empenho é importante e é valorizado. Como profissional de saúde não pode, no entanto, demitir-se da responsabilidade de promover, em parceria com os seus pares, a constante melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem que presta aos utentes/famílias. É, portanto, imprescindível que, cada vez mais, os profissionais de saúde reflectam sobre as suas práticas, pois só delineando um conjunto de estratégias adequadas se poderá exercer uma influência positiva sobre comportamentos e estilos de vida. Mas, para que isso aconteça, a formação em serviço é de fulcral importância, devendo ser realizada de forma participada e direccionada às necessidades sentidas e expressas pelo grupo envolvido, e sempre COM o grupo envolvido.

Reconhecendo que o ficou por dizer é certamente mais vasto do que o que se disse parece, no entanto, à mestranda que atingiu os objectivos a que se tinha proposto para esta 1ª fase do projecto e pensa ter criadas condições para implementar, sem sobressaltos, a 2ª e última fase.

Está certa de que o caminho percorrido na implementação deste projecto contribuiu para o enriquecimento dos seus conhecimentos e dos restantes enfermeiros da USF Ars medica, conduzindo a Equipa de Enfermagem a um modelo organizativo de prestação de cuidados de enfermagem (Enfermeiro de Família) mais adequado às necessidades da população que serve, proporcionando mais ganhos em saúde e a melhoria do grau de satisfação dos utentes e suas famílias e dos próprios profissionais envolvidos.

Baio, Melo e Rodrigues (1997, p.9) referem que, “o conteúdo do relatório crítico, deve constituir o retrato significativo do desempenho do avaliado, numa perspectiva evolutiva, descritiva, auto-critica e construtiva”.

Este relatório, com efeito, é, tal como os autores recomendam, o produto final da descrição das actividades desenvolvidas na implementação do projecto, da pesquisa bibliográfica efectuada e da reflexão realizada em torno da problemática em questão, mas é também o resultado de uma caminhada, enriquecida pela experiência profissional e pelo trabalho em equipa.



Referências bibliográficas

- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Ministério da Saúde (2010). *Relatório de Avaliação 2009 Unidades de Saúde Familiares: Análise 2007-2009*. Departamento de Contratualização. Julho de 2010. Disponível em <http://www.arslvt.min-saude.pt/ARSLVT/EstruturaOrganica/Documents/Relat%C3%B3rio%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20USF%202009.pdf> . Acedido a 28/1/2011.
- Aleixo, F. (2001). *Unidade de Cuidados Intensivos: Manual de Enfermagem*. Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio E.P.E. Março de 2007. pp 1-30. Disponível em: http://www.chbalgarvio.min-saude.pt/Downloads_HSA/CHBAIlg/Servi%C3%A7os/UCI/Manual%20de%20Enfermagem%20UCI.pdf . Acedido a 23/2/2011.
- André, O., & Rosa, D. (1997). *Qualidade dos cuidados de saúde – satisfação dos utentes*. In *Enfermagem Oncológica*, Ano 1, n.º3, Julho 1997, p. 23-33.
- Baio, M. G. A. S. O., Melo, E. C. O. T. D., & Rodrigues, M. A. (1997). *Como elaborar um relatório crítico de actividades e um curriculum vitae*. Coimbra: Formaseru, 1997. ISBN 972-96680-8-6.
- Barbieri, M.C. et al. (2009). *Da investigação à prática de Enfermagem de Família*. Porto: Linha de Investigação em Enfermagem de Família. Maio 2009. Disponível em http://portal.esenf.pt/www/pk_menus_ficheiros.ver_ficheiro?fich=F2042243075/%5Be-book%5D%20Enfermagem%20de%20Familia.pdf . Acedido a 23/9/2010.
- Câmara Municipal de Loures (2008). *RoteiLoures: 2008/2009*. 2008. 24ª edição.



- Canário, Rui (1999). *Formação de Adultos e Experiência*. In Canário, Rui (Ed.), *Educação de Adultos: Um campo e uma problemática*. Capítulo III. Lisboa: Educa, 1999. pp. 109- 117.
- Capucha, Luís Manuel Antunes (2008). *Planeamento e Avaliação de Projectos: Guião Prático*. Lisboa: Direcção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular. Abril de 2008. ISNB 978-972-742-285-2. Disponível em http://www.dgidec.min-edu.pt/cidadania/Documents/Empreendedorismo/Liv_Planeam_Avalia_Projecto_s.pdf . Acedido a 6/2/2011.
- Chiavenato, I. (2002), *Gestão de Pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Campus Ltda. 2002.
- Comissão Interministerial para o Emprego (2001). *Terminologia de Formação Profissional: Alguns Conceitos de Base – III*. Abril 2001. Disponível em http://www.dgert.mtss.gov.pt/Emprego%20e%20Formacao%20Profissional/terminologia/doc_terminologia/CIME%20-%20Terminologia.pdf . Acedido a 11/1/2011.
- Conselho de Ministros (2005). Programa do XVII Governo Constitucional: 2005-9. 24/3/2005. Disponível em: http://www.portugal.gov.pt/pt/Documentos/Governos_Documentos/Programa%20Governo%20XVII.pdf . Acedido a 11/2/2011.
- Correia, C., Dias, F., Coelho, M., Page, P., & Vitorino, P. (2001). Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2 (2001), 75-82. Disponível em http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de_publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-072001.pdf . Acedido a 23/9/2010.



Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/membros/Documents/Legisla%C3%A7%C3%A3o/REPE.pdf> . Acedido a 23/2/2011.

Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de Agosto. Disponível em :
http://www.ers.pt/legislacao_atualizada/saude-publica-servico-nacional-de-saude/cuidados-primarios/D.L.%20298-2007-%2022%20Agosto.pdf/view .
Acedido a 11/2/2011.

Dezagon EC. (2010). Diversidade Cultural na Comunidade. In Stanhope, M e Lancaster, J Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População. 7ª edição. Loures. Lusodidacta. 2010.

Dias, A. et al – Registos de enfermagem. *Servir*. Lisboa, 2001, 267-271.

Ferreira, Pedro Lopes, & Antunes, Patricia (2009 a). *Monitorização da Satisfação dos Utilizadores das USF: Sondagem às Primeiras 146 USF*. Projecto encomendado pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra. Maio 2009. Disponível em http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page_56/sondagem_usf.pdf . Acedido a 28/1/2011.

Ferreira, Pedro Lopes, & Antunes, Patricia (2009 b). *Monitorização da Satisfação dos Profissionais das USF: Sondagem às Primeiras 146 USF*. Projecto encomendado pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra. Maio 2009. Disponível em http://www.uc.pt/org/ceisuc/Documentos/USF_Prof/USF_Prof_Rel.pdf .
Acedido a 28/1/2011.

Figueiredo, Maria Henriqueta de Jesus Silva (2009). *ENFERMAGEM DE FAMÍLIA: UM CONTEXTO DO CUIDAR*. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Universidade do Porto: Instituto de Ciências



Biomédicas Abel Salazar. 2009. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Familia%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf> .
Acedido a 23/9/2010.

Fleury, Maria Tereza Leme, & Fleury, Afonso (2001). Construindo o Conceito de Competência. *RAC*, Edição Especial (2001), 183-196. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rac/v5nspe/v5nspea10.pdf> . Acedido a 4/12/2010.

Freire, P. (1986). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: paz e terra. 1996.

Garrido, António (2004). SUPERVISÃO CLÍNICA Conceitos e modelos. *NURSING*. Lisboa: Pedro Serra Pinto, 191 (2004), pp. 34-36.

Garrido, António (2005). A Supervisão Clínica em Enfermagem e as Condicionantes Organizacionais. *SINAIS VITAIS*. Coimbra: Formasau, 61 (2005), pp. 11-13. ISSN 0872 0844.

Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à família: Teoria, Prática e Intervenções*. 2ª Ed., Loures: Lusociencia, 2005. ISBN 972-8383-83-5.

Imperatori, Emílio, & Giraldes, Maria do Rosário (1986). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. Manual para o uso em Serviços Centrais, regionais e locais. Escola Nacional de Saúde Pública. 2ª edição: Obras Avulsas. Lisboa 1986.

Leprohon, J. *Revista da Ordem*, n.º5, Janeiro 2002, p.26.

Lopes, Lidia Maria Pereira (2007). Necessidades e estratégias na dependência: uma visão da família. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 25, nº 1 (Janeiro/ Junho 2007), pp. 39-46. Disponível em :



<http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/03-07.pdf> . Acedido a 11/2/2011.

Martins, A. et al. (2008). Qual o Lugar da Escrita Sensível nos Registos de Enfermagem?. *Pensar Enfermagem*. Vol 12, nº2, 2º semestre de 2008, pp. 52-61. Disponível em: <http://cmapspublic.ihmc.us/rid=1HVR8X3QJ-1TGPXC6-11CK/Qual%20o%20Lugar%20da%20Escrita%20Sens%C3%ADvel.pdf> . Acedido a 23/2/2011.

Missão Cuidados Saúde Primários (2006). *Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa. Janeiro de 2006. Disponível em http://www.portugal.gov.pt/pt/Documentos/Governo/MS/Linhas_Cuidados_Sau_de_Primarios.pdf . Acedido a 23/9/2010.

Missão Cuidados Saúde Primários (2008). *Reunião sobre Enfermeiro de Família*. Coimbra, 25 de Setembro de 2008. Disponível em http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page_56/Conclusoes_Workshop_Enf_Familia.pdf .Acedido a 23/9/2010.

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual; Enunciados descritivos*. Dezembro de 2001. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf> . Acedido a 11/2/2011.

Ordem dos Enfermeiros (2010 a). *PROJECTO DE REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA*. Lisboa. 11 de Setembro de 2010. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt . Acedido a 25/9/2010.

Ordem dos Enfermeiros (2010 b). *PROJECTO DE REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR*. Lisboa. 11 de Setembro de 2010. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt . Acedido a 25/9/2010.

Romano, A. & Silva, J. (1984). Os registos como instrumento de avaliação dos benefícios de Enfermagem. *Servir*. Lisboa. Volume 32, Nº 6, 1984, 296-318.

Ruthes, R. M. & Cunha, I. C. K. O. (2008). Entendendo as competências para aplicação na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(1). Brasília. Janeiro-Fevereiro 2008, 109-112. Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/17.pdf> . Acedido a 27/2/2011.

Sacadura, M. S. R. (2004). “Estamos no Bom Caminho”. *Centro em Revista*. Centro Hospitalar do Médio Tejo , S:A. Boletim Informativo nº7. Julho/Agosto 2004. pp 1-8. Disponível em: <http://www.chmt.min-saude.pt/NR/rdonlyres/425CA85D-E992-4061-8488-5DC0AEC0E0FD/5650/CentroemRevista7Agosto2004.pdf> . Acedido a 22/2/2011.

Stanhope, Marcia, & Lancaster, Jeanette (1999). *Enfermagem Comunitária : Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. Lisboa : Lusociência, 1999. XXXII, 1232 pp.. ISBN 972-8383-05-3.

Tavares, António (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde. Cadernos da Saúde Nº 2. 1990.

Teixeira, Cláudio (1996). Aprender ao longo da vida. *Dirigir*, 42, 3-5.

Valente, G. S. C. & Viana, L. O. (2009). Da formação por competências à prática docente reflexiva. *Revista Iberoamericana de educación*, 48 (4), 10 de Fevereiro de 2009, 1-7. ISSN 1681-5653. Disponível em: <http://www.rieoei.org/deloslectores/2423Valente.pdf> . Acedido a 21/2/2011.



Sites consultados:

Site da APA: <http://flashlr.apa.org/apastyle/basics/index.htm> , acedido a 7/2/2011.

Site da Câmara Municipal de Loures: www.cm-loures.pt

Site dos Cuidados de Saúde Primários – Portugal: <http://www.mcsp.min-saude.pt/> ,
acedido a 1/2/2011.

Site do Instituto Nacional de Estatística: www.ine.pt

Site da Junta de Freguesia de Santo António dos Cavaleiros: <http://www.jf-stoantoniocavaleiros.pt/default.aspx>.

Site do Observatório Português dos Sistemas de Saúde: <http://www.observaport.org>

Site dos Serviços Municipalizados de Loures: www.smas-loures.pt

Anexos



ANEXO I – Projecto em powerpoint “DE ENFERMEIRO POR PROGRAMA A ENFERMEIRO DE FAMÍLIA”, apresentado às colegas da USF Ars medica

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM S. JOÃO DEUS

MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
PROFª FELISMINA MENDES

PROJECTO
"DE ENFERMEIRO POR PROGRAMA
A ENFERMEIRO DE FAMÍLIA"

FILOMENA FIGUEIREDO

PROJECTO
"DE ENFERMEIRO POR PROGRAMA
A ENFERMEIRO DE FAMÍLIA"

TEMA – Enfermagem de Família

PROBLEMA - Em 2006, com a implementação da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, surgem as USF, unidades baseadas num modelo organizativo de trabalho em equipa em saúde pessoal e familiar, baseado na medicina geral e familiar e na enfermagem de família. O grande desafio que se coloca às equipas de enfermagem das USF é a reorganização dos cuidados de enfermagem, deixando de se organizar os cuidados por programa e passando a ser organizados por famílias. Neste modelo organizativo, o enfermeiro de família assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias, em todos os processos de vida, nos vários contextos da comunidade.

PROJECTO
"DE ENFERMEIRO POR PROGRAMA
A ENFERMEIRO DE FAMÍLIA"

OBJECTIVO GERAL:

- Criar condições para implementar o modelo organizativo de Enfermeiro de Família na USF Ars medica (ACES VI – Loures), aquando da candidatura a Modelo B (Junho 2011).

META:

- Conseguir que, no final de Dezembro de 2010, 100% dos enfermeiros da USF Ars medica tenham efectuado atendimento de utentes nos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação, supervisionada pelo enfermeiro de referência desse Programa de Saúde/Área de actuação.

AVALIAÇÃO:

- Que 100% dos enfermeiros se sintam preparados para iniciar o progressivo atendimento de utentes no Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família, no final de Janeiro de 2011.

PROJECTO
"DE ENFERMEIRO POR PROGRAMA
A ENFERMEIRO DE FAMÍLIA"

META 30/9/2010:

- Conseguir que 2 enfermeiros da USF Ars medica tenham efectuado atendimento de utentes nos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação, supervisionada pelo enfermeiro de referência desse Programa de Saúde/Área de actuação.

META 31/10/2010:

- Conseguir que 4 enfermeiros da USF Ars medica tenham efectuado atendimento de utentes nos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação, supervisionada pelo enfermeiro de referência desse Programa de Saúde/Área de actuação.

META 30/11/2010:

- Conseguir que 6 enfermeiros da USF Ars medica tenham efectuado atendimento de utentes nos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação, supervisionada pelo enfermeiro de referência desse Programa de Saúde/Área de actuação.

META 31/12/2010:

- Conseguir que os 8 enfermeiros da USF Ars medica tenham efectuado atendimento de utentes nos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação, supervisionada pelo enfermeiro de referência desse Programa de Saúde/Área de actuação.

PROJECTO
"DE ENFERMEIRO POR PROGRAMA
A ENFERMEIRO DE FAMÍLIA"

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:

- Proporcionar conhecimentos aos Enfermeiros da USF Ars medica acerca da Enfermagem de Família e do Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família.

META:

- Conseguir que 100% dos enfermeiros da USF Ars medica tenham adquirido conhecimentos acerca da Enfermagem de Família e do Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família.

AVALIAÇÃO:

- Realização efectiva da acção de formação.
- Avaliação do ensino e da aprendizagem, através de questionário.

PROJECTO
"DE ENFERMEIRO POR PROGRAMA
A ENFERMEIRO DE FAMÍLIA"

OBJECTIVO ESPECÍFICO:

-Aprofundar os conhecimentos de toda a Equipa de Enfermagem da USF Ars medica no que diz respeito aos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação (Saúde Infantil, Saúde Materna, Planeamento Familiar, Saúde do Adulto, Visitação Domiciliária, etc...);

META:

- Conseguir que 100% dos enfermeiros da USF Ars medica adquiram conhecimentos em todos os Programas de Saúde/Áreas de actuação, recorrendo à supervisão clínica efectuada pelo enfermeiro de referência de cada Programa de Saúde/Área de Actuação .

AVALIAÇÃO:

- Avaliação do atendimento efectuado aos utentes pelos enfermeiros em cada Programa de Saúde/Área de actuação, pelo enfermeiro de referência desse Programa de Saúde/Área de actuação.

PROJECTO
"DE ENFERMEIRO POR PROGRAMA
A ENFERMEIRO DE FAMÍLIA"

OBJECTIVO ESPECÍFICO:

- Uniformizar procedimentos e registos nos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação

META:

- Conseguir que 100% dos enfermeiros adquiram conhecimentos acerca de procedimentos e registos nos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação.

AValiação:

- Realização efectiva das acções de formação.
- Avaliação do ensino e da aprendizagem, através de questionário e do preenchimento de uma "check-list".
- Avaliação da aprendizagem através de procedimentos e registos supervisionados pelo enfermeiro de referência de cada Programa de Saúde/Área de actuação.

PROJECTO
"DE ENFERMEIRO POR PROGRAMA
A ENFERMEIRO DE FAMÍLIA"

OBJECTIVO ESPECÍFICO:

- Uniformizar a informação escrita que é fornecida aos utentes.

META:

- Conseguir que a informação escrita que é fornecida aos utentes seja reformulada em todos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação.
- Conseguir criar novas formas de informação aos utentes (power points a ser exibidos nas salas de espera, etc...) em todos os Programas de Saúde/Áreas de actuação.

AValiação:

- Reformulação efectiva da informação escrita fornecida pessoalmente aos utentes.
- Criação efectiva de novas formas de informação aos utentes.

PROJECTO
"DE ENFERMEIRO POR PROGRAMA
A ENFERMEIRO DE FAMÍLIA"

OBJECTIVO ESPECÍFICO:

- Promover o progressivo atendimento dos utentes no Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família.

META:

- Conseguir que, em Maio de 2011, 100% dos enfermeiros da USF Ars medica sejam Enfermeiros de Família.

AValiação

- Que, em Maio de 2010, 100% dos enfermeiros da USF Ars medica sejam Enfermeiros de Família.

PROJECTO
"DE ENFERMEIRO POR PROGRAMA
A ENFERMEIRO DE FAMÍLIA"

META FEVEREIRO:

- Conseguir que 25% dos enfermeiros da USF Ars medica sejam Enfermeiros de Família.

META MARÇO:

- Conseguir que 50% dos enfermeiros da USF Ars medica sejam Enfermeiros de Família.

META ABRIL:

- Conseguir que 75% dos enfermeiros da USF Ars medica sejam Enfermeiros de Família.

PROJECTO
"DE ENFERMEIRO POR PROGRAMA
A ENFERMEIRO DE FAMÍLIA"

OBJECTIVO ESPECÍFICO:

- Manter actualizados os conhecimentos de toda a Equipa de Enfermagem da USF Ars medica no que diz respeito aos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação (Saúde Infantil, Saúde Materna, Planeamento Familiar, Saúde do Adulto, Visitação Domiciliária, etc...);

META:

- Conseguir que 100% dos enfermeiros da USF Ars medica se mantenham actualizados em todos os Programas de Saúde/Áreas de actuação, recorrendo a acções de formação efectuadas pelo enfermeiro de referência de cada Programa de Saúde/Área de Actuação .

AValiação:

- Realização efectiva de acções de formação.
- Avaliação do ensino e da aprendizagem, através de questionário.

PROJECTO
"DE ENFERMEIRO POR PROGRAMA
A ENFERMEIRO DE FAMÍLIA"

OBJECTIVO ESPECÍFICO:

- Monitorizar e manter dentro dos valores pretendidos os índices relativos à prestação de cuidados de enfermagem, nos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação (Saúde Infantil, Saúde Materna, Planeamento Familiar, Saúde do Adulto, Visitação Domiciliária, etc...);

META:

- Conseguir que os índices relativos à prestação de cuidados de enfermagem se mantenham nos valores pretendidos nos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação.

AValiação:

- Realização efectiva da monitorização mensal pelo enfermeiro de referência de cada Programa de Saúde/Área de actuação.
- Obtenção dos índices pretendidos relativamente à prestação de cuidados de enfermagem.

**PROJECTO
"DE ENFERMEIRO POR PROGRAMA
A ENFERMEIRO DE FAMÍLIA"**

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO:

Na USF Ars medica, o modelo organizativo de trabalho que vigora, e que ainda é uma constante noutras extensões do Centro de Saúde de Loures, é o modelo de enfermeiro por programa, ou seja, o enfermeiro está colocado num determinado Programa de Saúde/área de actuação e só desenvolve actividades nesse Programa/área de actuação, só sendo colocado nos outros Programas/áreas de actuação quando em ausência de colegas, sejam estas programadas ou não.

Com a eminente passagem a Modelo B, e a consequente exigência de modelo organizativo de trabalho por Enfermeiro de Família, torna-se necessário repensar o modelo de prestação de cuidados, reorganizando os cuidados de enfermagem.

**PROJECTO
"DE ENFERMEIRO POR PROGRAMA
A ENFERMEIRO DE FAMÍLIA"**

MODO DE RESOLUÇÃO DO PROBLEMA:

Enfermeiro de Família – todos os Programas de Saúde, excepto Sala de Tratamentos, VD curativas, Consulta de Enfermagem independente de Planeamento Familiar e Vacinação.

- Sala de Tratamentos – não é exequível porque limitaria muito a oferta assistencial aos utentes.
- VD curativas – não é exequível porque teriam de ir num só dia fazer visita domiciliária quase todas as enfermeiras pertencentes à USF.
- Consulta de Enfermagem independente de Planeamento Familiar – não é exequível porque se trata de uma consulta aberta, não se sabendo, por esse motivo, a que Médico de Família pertencem as utentes que irão ser atendidas.
- Vacinação – não é exequível porque se trata de um horário aberto, maioritariamente destinado a adultos (as crianças são vacinadas na consulta de Saúde Infantil), não se sabendo, por esse motivo, a que Médico de Família pertencem os utentes que irão ser atendidos.

**PROJECTO
"DE ENFERMEIRO POR PROGRAMA
A ENFERMEIRO DE FAMÍLIA "**

ESTRATÉGIAS:

- Envolver toda a equipa de enfermagem na intervenção (o enfermeiro de referência de cada Programa de Saúde/Área de actuação dá formação aos outros elementos da equipa sobre esse Programa – supervisão clínica: "um por todos e todos por um");
- Promover acções de formação sobre Enfermagem de Família e Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família a toda a equipa de enfermagem;
- Promover acções de formação sobre uniformização de procedimentos e registos, a toda a equipa de enfermagem;
- Promover o progressivo atendimento de utentes por Enfermeiro de Família, recorrendo ao sistema de supervisão clínica;
- Organizar momentos de convívio para toda a equipa de enfermagem;
- Reflexão sistemática e periódica sobre o desenvolvimento do projecto.

**PROJECTO
"DE ENFERMEIRO POR PROGRAMA
A ENFERMEIRO DE FAMÍLIA "**

LOCAL DE INTERVENÇÃO:

Este projecto será desenvolvido na USF Ars medica (ACES VI – Loures).
A escolha da Unidade de Saúde deve-se ao facto da mestranda exercer funções na referida unidade.

**PROJECTO
"DE ENFERMEIRO POR PROGRAMA
A ENFERMEIRO DE FAMÍLIA "**

PLANO DE ACTIVIDADES

Objetivos	Actividades	Grupo alvo	Calendarização	Avaliação
Proporcionar conhecimentos aos Enfermeiros da USF Ars medica acerca da Enfermagem de Família e do Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família	Ação de Formação sobre Enfermagem de Família e Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família	Enfermeiros da USF Ars medica	Dezembro de 2010	Realização efectiva da acção de formação Avaliação do ensino e da aprendizagem
Aprofundar os conhecimentos de toda a Equipa de Enfermagem da USF Ars medica no que diz respeito aos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação	Atendimento de utentes nos vários Programas/áreas de actuação supervisionado pelo enfermeiro de referência de cada Programa de Saúde/Área de actuação	Enfermeiros da USF Ars medica	Setembro a Novembro de 2010	Avaliação do atendimento efectuado pelos enfermeiros, pelo enfermeiro de referência de cada Programa de Saúde/Área de actuação, após a supervisão clínica
Uniformizar procedimentos e registos nos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação	Acções de formação sobre registos nos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação Registos supervisionados pelo enfermeiro de referência do Programa de Saúde/Área de actuação	Enfermeiros da USF Ars medica Enfermeiros da USF Ars medica	Setembro a Dezembro de 2010 Setembro a Dezembro de 2010	Realização efectiva das acções de formação Avaliação do ensino e da aprendizagem Avaliação dos registos efectuados pelos enfermeiros, pelo enfermeiro de referência de cada Programa de Saúde/Área de actuação

Objectivos	Actividades	Grupo alvo	Calendarização	Avaliação
Uniformizar a informação escrita que é fornecida aos utentes	Reformulação da informação escrita fornecida pessoalmente aos utentes Criação de novas formas de informação aos utentes (power point a ser exibidos nas salas de espera, folhetos para download no site, etc...)	Enfermeiros da USF Ars medica Enfermeiros da USF Ars medica	Setembro a Dezembro de 2010 Setembro a Dezembro de 2010	Reformulação efectiva da informação escrita fornecida pessoalmente aos utentes Criação efectiva de novas formas de informação aos utentes
Promover o progressivo atendimento dos utentes no Modelo de Enfermeiro de Família	Atendimento progressivo de utentes como Enfermeiro de Família	Enfermeiros da USF Ars medica	Fevereiro a Maio de 2011	Que, em Maio de 2011, todos os enfermeiros da USF Ars medica sejam Enfermeiros de Família
Mantém actualizados os procedimentos de toda a Equipa de Enfermagem da USF Ars medica no que diz respeito aos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação (Saúde Infantil, Saúde Materna, Planeamento Familiar, Saúde do Adulto, Visitação Domiciliária, etc...)	Ações de formação nos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação efectuadas pelo enfermeiro de referência de cada Programa de Saúde/Área de actuação	Enfermeiros da USF Ars medica	Janeiro a Agosto de 2011	Realização efectiva das acções de formação Avaliação do ensino e da aprendizagem

Objectivos	Actividades	Grupo alvo	Calendarização	Avaliação
Monitorizar e manter dentro dos valores pretendidos os índices relativos à prestação de cuidados de enfermagem, nos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação (Saúde Infantil, Saúde Materna, Planeamento Familiar, Saúde do Adulto, Visitação Domiciliária, etc...)	Monitorização dos índices nos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação pelo enfermeiro de referência de cada Programa de Saúde/Área de actuação	Enfermeiros da USF Ars medica	Setembro de 2010 a Agosto de 2011	Realização efectiva da monitorização mensal pelo enfermeiro de referência de cada Programa de Saúde/Área de actuação Obtenção dos índices pretendidos relativamente à prestação de cuidados de enfermagem

PROJECTO
"DE ENFERMEIRO POR PROGRAMA
A ENFERMEIRO DE FAMÍLIA "

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Mês	Setembro 2010	Outubro 2010	Novembro 2010	Dezembro 2010	Janeiro 2011	Fevereiro 2011	Março 2011	Abril 2011	Maio 2011	Junho 2011	Julho 2011	Agosto 2011
Actividade												
Apresentação e Divulgação do Projecto												
Atendimento de utentes nos vários Programas/Áreas de actuação supervisionada pelo enfermeiro de referência de cada Programa de Saúde/Área de actuação	25%	50%	75%	100%								
Reformulação da informação escrita fornecida pessoalmente aos utentes nos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação												
Criação de novas formas de informação aos utentes nos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação (power point a ser exibidos nas salas de espera, folhetos para download no site, etc...)												
Ações de formação sobre uniformização de procedimentos e registos nos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação												
Ação de Formação sobre Enfermagem de Família e Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família												
Reflexão trimestral e periódica sobre o desenvolvimento do projecto, com toda a Equipa de Enfermagem	13/08	10/11	15/12	18/1								
Atendimento progressivo de utentes no Modelo de Enfermeiro de Família						25%	50%	75%	100%			
Ações de formação nos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação efectuadas pelo enfermeiro de referência de cada Programa de Saúde/Área de actuação												
Monitorização dos índices nos vários Programas de Saúde/Áreas de actuação pelo enfermeiro de referência de cada Programa de Saúde/Área de actuação						1/2	3/3	1/4	1/5	1/6	1/7	1/8
Avaliação do Projecto (Mestrado)												
Elaboração do relatório												
Avaliação do Projecto												

Bibliografia

- MCSP – Reunião sobre Enfermeiro de Família, 25 de Setembro de 2008
- MCSP – Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários, Janeiro de 2006
- Ordem dos Enfermeiros – Proposta de Projecto de Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde familiar, 11 de Setembro de 2010

ANEXO II – Instrumento de avaliação do projecto “DE ENFERMEIRO POR PROGRAMA A ENFERMEIRO DE FAMÍLIA”

Instrumento de Avaliação do Projecto

“De Enfermeiro por Programa a Enfermeiro de Família”

(Perante cada afirmação assinale com uma X aquela que melhor se adequa à sua
opinião)

Nome Profissional (abreviatura) - _____

	Concordo totalmente	Concordo	Sem opinião	Discordo	Discordo totalmente
1. Sinto que adquiri conhecimentos suficientes acerca da Enfermagem de Família para poder seguir o Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família.					
2. Sinto que adquiri conhecimentos suficientes acerca do Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família, para poder seguir o Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família.					
3. Sinto que aprofundei suficientemente os meus conhecimentos no Programa de Saúde Infantil.					
4. Sinto que aprofundei suficientemente os meus conhecimentos no Programa de Saúde Materna.					
5. Sinto que aprofundei suficientemente os meus conhecimentos no Programa de Planeamento Familiar.					
6. Sinto que aprofundei suficientemente os meus conhecimentos no Programa de Saúde do Adulto.					
7. Sinto que aprofundei suficientemente os meus conhecimentos em Sala de Tratamentos.					
8. Sinto que aprofundei suficientemente os meus conhecimentos em Visitação Domiciliária.					
9. Sinto que aprofundei suficientemente os meus conhecimentos em Vacinação.					
10. Sinto-me capaz de efectuar procedimentos e registos e de fornecer informação escrita aos utentes no Programa de Saúde Infantil, do mesmo modo que os meus colegas.					
11. Sinto-me capaz de efectuar procedimentos e registos e de fornecer informação escrita aos utentes no Programa de Saúde Materna, do mesmo modo que os meus colegas.					
12. Sinto-me capaz de efectuar procedimentos e registos e de fornecer informação escrita aos utentes no Programa de Planeamento Familiar, do mesmo modo que os meus colegas.					
13. Sinto-me capaz de efectuar procedimentos e registos e de fornecer informação escrita aos utentes no Programa de Saúde do Adulto, do mesmo modo que os meus colegas.					
14. Sinto-me capaz de efectuar procedimentos e registos na Sala de Tratamentos, do mesmo modo que os meus colegas.					
15. Sinto-me capaz de efectuar procedimentos e registos e de fornecer informação escrita aos utentes em Visitação Domiciliária, do mesmo modo que os meus colegas.					
16. Sinto-me capaz de efectuar procedimentos e registos e de fornecer informação escrita aos utentes em Vacinação, do mesmo modo que os meus colegas.					

17. Sinto-me capaz de iniciar o progressivo atendimento dos utentes no Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família.					
18. Sinto-me capaz de avaliar mensalmente a prestação da Equipa de Enfermagem, no indicador que me foi atribuído.					
19. Senti-me, desde o início, incluído no Projecto tendo oportunidade de participar e reflectir sobre o desenvolvimento do mesmo.					

Muito obrigado pela sua colaboração.

ANEXO III – Instrumento de avaliação do projecto “DE ENFERMEIRO POR PROGRAMA A ENFERMEIRO DE FAMÍLIA”, com avaliação

Instrumento de Avaliação do Projecto

“De Enfermeiro por Programa a Enfermeiro de Família”

(Perante cada afirmação assinale com uma X aquela que melhor se adequa à sua
opinião)

Nome Profissional (abreviatura) - _____

	Concordo totalmente	Concordo	Sem opinião	Discordo	Discordo totalmente
1. Sinto que adquiri conhecimentos suficientes acerca da Enfermagem de Família para poder seguir o Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família.	4	3		1	
2. Sinto que adquiri conhecimentos suficientes acerca do Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família, para poder seguir o Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família.	4	3		1	
3. Sinto que aprofundei suficientemente os meus conhecimentos no Programa de Saúde Infantil.	4	3	1		
4. Sinto que aprofundei suficientemente os meus conhecimentos no Programa de Saúde Materna.	3	4		1	
5. Sinto que aprofundei suficientemente os meus conhecimentos no Programa de Planeamento Familiar.	2	5		1	
6. Sinto que aprofundei suficientemente os meus conhecimentos no Programa de Saúde do Adulto.		7		1	
7. Sinto que aprofundei suficientemente os meus conhecimentos em Sala de Tratamentos.	6	2			
8. Sinto que aprofundei suficientemente os meus conhecimentos em Visitação Domiciliária.	6	2			
9. Sinto que aprofundei suficientemente os meus conhecimentos em Vacinação.	4	4			
10. Sinto-me capaz de efectuar procedimentos e registos e de fornecer informação escrita aos utentes no Programa de Saúde Infantil, do mesmo modo que os meus colegas.	3	5			
11. Sinto-me capaz de efectuar procedimentos e registos e de fornecer informação escrita aos utentes no Programa de Saúde Materna, do mesmo modo que os meus colegas.	3	4		1	
12. Sinto-me capaz de efectuar procedimentos e registos e de fornecer informação escrita aos utentes no Programa de Planeamento Familiar, do mesmo modo que os meus colegas.	2	5		1	
13. Sinto-me capaz de efectuar procedimentos e registos e de fornecer informação escrita aos utentes no Programa de Saúde do Adulto, do mesmo modo que os meus colegas.	1	6		1	
14. Sinto-me capaz de efectuar procedimentos e registos na Sala de Tratamentos, do mesmo modo que os meus colegas.	6	2			
15. Sinto-me capaz de efectuar procedimentos e registos e de fornecer informação escrita aos utentes em Visitação Domiciliária, do mesmo modo que os meus colegas.	6	2			
16. Sinto-me capaz de efectuar procedimentos e registos e de fornecer informação escrita aos utentes em Vacinação, do mesmo modo que os meus colegas.	4	4			

17. Sinto-me capaz de iniciar o progressivo atendimento dos utentes no Modelo Organizativo de Enfermeiro de Família.	2	5	1		
18. Sinto-me capaz de avaliar mensalmente a prestação da Equipa de Enfermagem, no indicador que me foi atribuído.	3	4	1		
19. Senti-me, desde o início, incluído no Projecto tendo oportunidade de participar e reflectir sobre o desenvolvimento do mesmo.	5	3			

Muito obrigado pela sua colaboração.



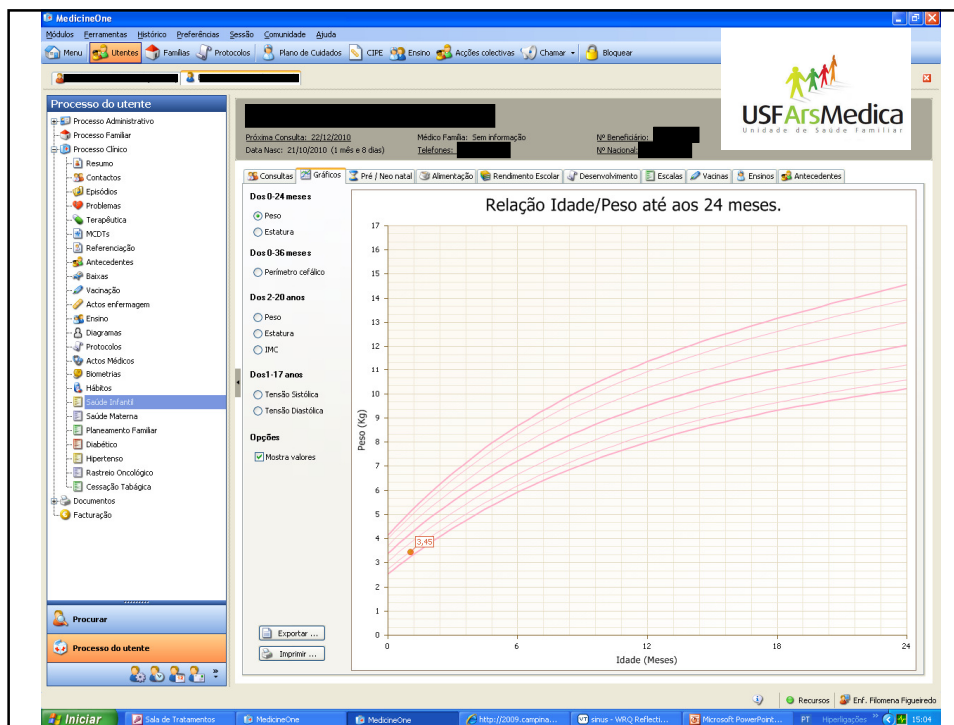
ANEXO IV – Acção de formação em powerpoint “Procedimentos e Registos no Programa de Saúde Infantil e Juvenil”



Procedimentos e Registos no Programa de Saúde Infantil e Juvenil

13 de Dezembro de 2010

The screenshot displays the MedicineOne software interface. The top menu bar includes options like 'Módulos', 'Ferramentas', 'Histórico', 'Preferências', 'Sessão', 'Comunidade', and 'Ajuda'. The left sidebar shows a tree view of the 'Processo do utente' (User Process) with categories such as 'Processo Administrativo', 'Processo Clínico', 'Resumo', 'Contactos', 'Episódios', 'Problemas', 'Terapêutica', 'MCDTs', 'Referenciação', 'Antecedentes', 'Bairras', 'Vacinação', 'Actos enfermagem', 'Exame', 'Diagramas', 'Protocolos', 'Actos Médicos', 'Biometrias', 'Hábitos', 'Saúde Infantil', 'Saúde Materna', 'Planeamento Familiar', 'Diabético', 'Hipertensão', 'Rastreio Oncológico', 'Cessação Tabágica', 'Documentos', and 'Facturação'. The main window shows a patient record for a child named 'Enf. Dora Cunha'. The record includes fields for 'Próxima Consulta' (22/12/2010), 'Médico Família' (Sem informação), 'Nº Beneficiário' (Sem informação), and 'Nº Nascimento' (Sem informação). The 'Consultas' tab is selected, showing a table of consultations with columns for 'Data', 'Idade', and 'Atores do registo'. The table has two rows: one for 22-11-2010 (1 mês e 1 dia) and another for 27-10-2010 (0 dias). The 'Atores do registo' column lists 'Enf. Dora Cunha' and 'Enf. Viciência da Vale'. Below the table, there are sections for 'Biometria' (Peso, Altura, Perímetro cefálico, Índice de massa corporal, Tensão Arterial sistólica, Tensão Arterial diastólica, Frequência Cardíaca, Temperatura), 'Dentição' (Nº dentes maxilar superior, Nº dentes maxilar inferior), and 'Exame Objectivo' (Exame Global de Saúde Realizado, Estado geral, Estado nutricional, Pele e mucosas normais, Sistema linfático normal, Olhos normais, Ouvidos normais, Rins e bexiga normais, Estado da boca normal, Auscultação pulmonar normal, Auscultação cardíaca normal, Malformações (torax), Abdómen normal, Órgãos genitais externos normais, Fontanela (avulso), Fontanela (tipo)). The bottom status bar shows 'Iniciar', 'Sala de Tratamentos', 'MedicineOne', 'MedicineOne', 'http://2009.campina...', 'Sala - WMS Reflecto...', 'Microsoft PowerPoint...', 'PT - Miguel Figueiredo', and '16:00'.



MedicineOne

Módulos Ferramentas Histórico Preferências Sessão Comunidade Ajuda

Menu Utilizadores Famílias Protocolos Plano de Cuidados CPE Ensino Ações colectivas Chamar Bloquear

Processo do utente

- Processo Administrativo
- Processo Familiar
- Processo Clínico
 - Resumo
 - Contatos
 - Episódios
 - Problemas
 - Terapêutica
 - MCDTs
 - Referenciação
 - Antecedentes
 - Basais
 - Vacinação
 - Actos enfermagem
 - Ensino
 - Diagramas
 - Protocolos
 - Actos Médicos
 - Biometrias
 - Hábitos
 - Pré / Neo natal
 - Saúde Materna
 - Planeamento Familiar
 - Diabético
 - Hipertensão
 - Rastreio Oncológico
 - Cessação Tabágica
 - Documentos
 - Facturação

Próxima Consulta: 22/12/2010 Médico Família: Sem informação Nº Beneficiário: Nº Nacional:

Data Nasc: 21/10/2010 (1 mês e 8 dias) Telefones:

Consultas Gráficos Pré / Neo natal Alimentação Rendimento Escolar Desenvolvimento Escalas Vacinas Ensinos Antecedentes

Período Pré natal e Natal

Duração da gravidez 37 sem dias

Peso à nascença 3,3 Kgs

Estatura à nascença 48,5 cm

Per. cefálico à nascença 330 mm

Índice de apgar

1º minuto 9 5º minuto 10 10º minuto 0

Data do Parto 21-10-2010

Tipo de Parto Eutócico

Observações relativas ao parto

Problemas durante a gravidez

Mãe com bloqueio AVI do 1º grau, com 2 internamentos por queda após 30 semanas

Período Neo natal

☒ Teste do pézinho realizado em 27-10-2010 (3º dia de vida)

☐ Ganose ☐ Ictericas

☐ Vômitos ☐ Convulsões

☐ Paralisias ☐ Infecções

☐ Alterações respiratórias ☐ Hemorragias

Rastreio auditivo

☐ Rastreio auditivo realizado em

Recursos Enf. Filomena Figueiredo

Iniciar Sala de Tratamentos MedicineOne MedicineOne http://2009.campa... spus - WRQ Reflect... Microsoft PowerPoint... PT http://g... 15:04

MedicineOne

Módulos: Ferramentas Histórico Preferências Sessão Comunidade Ajuda

Menu Utilizadores Famílias Protocolos Plano de Cuidados CPE Ensino Ações colectivas Chamar Bloquear

Processo do utente

Processo Administrativo
Processo Familiar
Processo Clínico
Resumo
Contactos
Episódios
Problemas
Terapêutica
MCDTs
Referenciação
Antecedentes
Baixas
Vacinação
Actos enfermagem
Ensino
Diagramas
Protocolos
Actos Médicos
Biometrias
Hábitos
Saúde Infantil
Saúde Materna
Planeamento Familiar
Diabético
Hipertensão
Rastreio Oncológico
Cessação Tabágica
Documentos
Facturação

Procurar

Processo do utente

Próxima Consulta: 22/12/2010 Médico Família: Sem informação Nº Beneficiário: [redacted]
Data Nas: 21/10/2010 (1 mês e 8 dias) Telefones: [redacted] Nº Nacional: [redacted]

Consultas Gráficos Pré / Neo natal Alimentação Rendimento Escolar Desenvolvimento Escalas Vacinas Ensinos Antecedentes

Alimento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Leite materno												
Leite adaptado												
Leite em natureza												
Papais												
Frutas												
Legumes												
Carne												
Peixe												
Polvo												
Gema de Ovo												
Clara de Ovo												
Vitamina D												
Pol vitamínicos												
Alça												
Ferro (suplemento)												
Introdução na dieta familiar												

Observações

Utilize os botões esquerdo e direito do rato para assinalar 1º e último mês de cada alimento

Recursos Enf. Filomena Figueiredo

Iniciar Sala de Tratamentos MedicineOne MedicineOne http://2009.campina... sitas - WFO Reflect... Microsoft PowerPoint... PT 15:05

MedicineOne

Módulos: Ferramentas Histórico Preferências Sessão Comunidade Ajuda

Menu Utilizadores Famílias Protocolos Plano de Cuidados CPE Ensino Ações colectivas Chamar Bloquear

Processo do utente

Processo Administrativo
Processo Familiar
Processo Clínico
Resumo
Contactos
Episódios
Problemas
Terapêutica
MCDTs
Referenciação
Antecedentes
Baixas
Vacinação
Actos enfermagem
Ensino
Diagramas
Protocolos
Actos Médicos
Biometrias
Hábitos
Saúde Infantil
Saúde Materna
Planeamento Familiar
Diabético
Hipertensão
Rastreio Oncológico
Cessação Tabágica
Documentos
Facturação

Procurar

Processo do utente

Próxima Consulta: 22/12/2010 Médico Família: Sem informação Nº Beneficiário: [redacted]
Data Nas: 21/10/2010 (1 mês e 8 dias) Telefones: [redacted] Nº Nacional: [redacted]

Consultas Gráficos Pré / Neo natal Alimentação Rendimento Escolar Desenvolvimento Escalas Vacinas Ensinos Antecedentes

Plano de vacinação do utente ☐ Seguido neste programa de saúde

Data Vacina Nº de Dose

Vacinas já ministradas ao utente

Data	Vacina	Nº de Dose	Motivo não inoculação	Lote	Laboratório	Enfermeiro(a)	Tipo de administração
22-10-2010	SCS			desc		Enf. Valência Maria Cotoiro Fi...	
21-10-2010	VHB	1		desc	ENGERIX B1	Enf. Valência Maria Cotoiro Fi...	

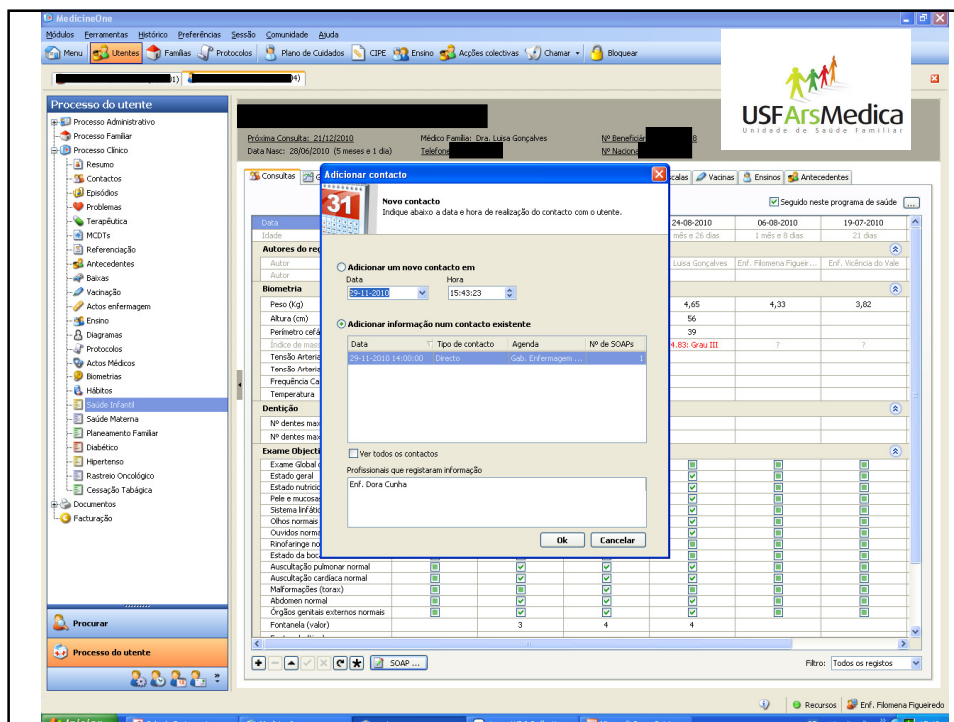
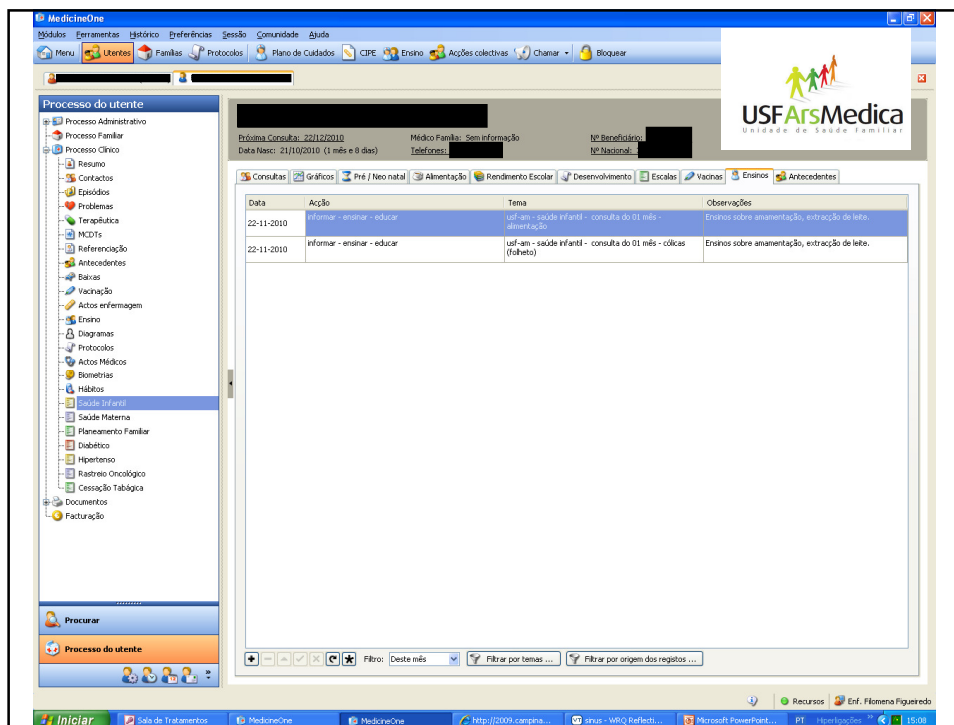
Observações

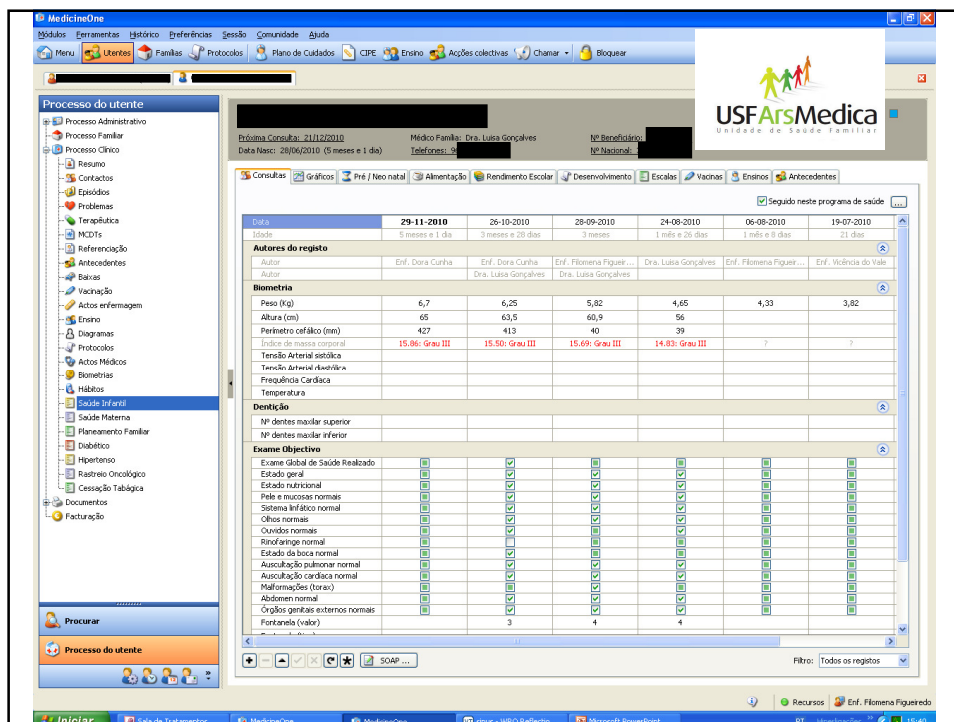
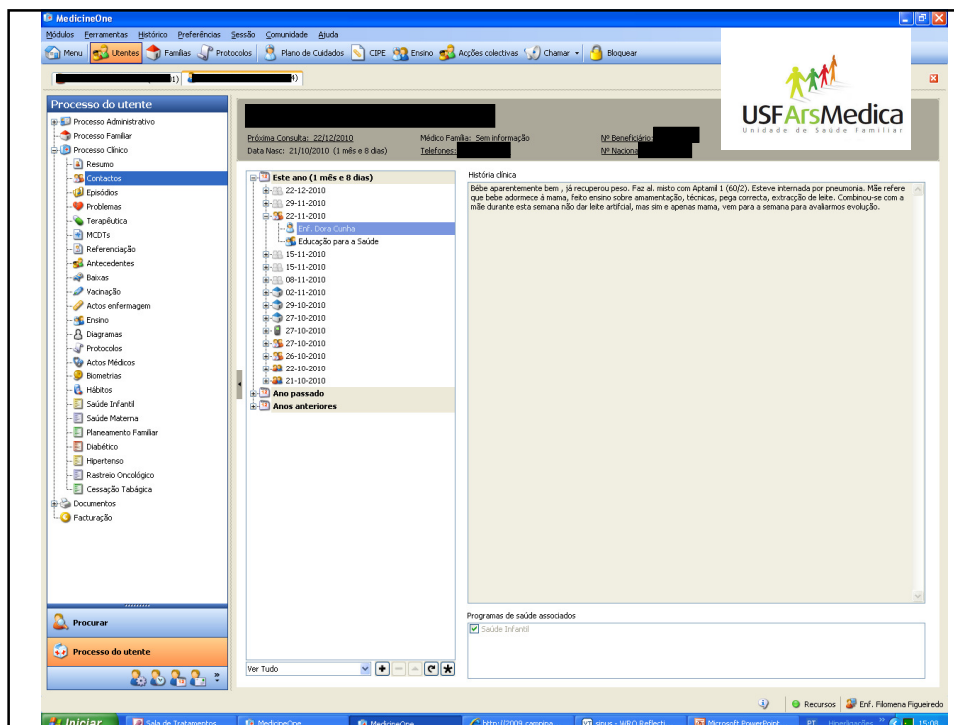
Feito historico vacinal (22/10/2010)

Limpar registos e Sincronizar com SINUS

Recursos Enf. Filomena Figueiredo

Iniciar Sala de Tratamentos MedicineOne MedicineOne http://2009.campina... sitas - WFO Reflect... Microsoft PowerPoint... PT 15:06





Registos de Enfermagem - Saúde Infantil

Excheiro Editar Inserir Registos Janela Ajuda

Escreva uma pergunta

EGS 11/13 anos

EGS 11-13 anos - Declaração p/ Escola Centro de Saúde de Loures USF Ars medica USF ArsMedica

CENTRO DE SAÚDE DE LOURES

EXTENSÃO DE SAÚDE
 Santo António dos Cavaleiros
 Nº Proc. Familiar:
 Médico de Família:

Nome:
 SNS:
 Sexo:
 Telefone:
 Data de Nascimento:
 Idade:
 Filiação:
 Morada:

EXAME GLOBAL DE SAÚDE 11-13 ANOS

DADOS ANTROPOMÉTRICOS
 Peso: kg
 Altura: m

ANTECEDENTES FAMILIARES
 DISLIPIDÉMIA ?
 Tensão Arterial mmHg
 PINV Atualizado: ☐

EXAME OBJECTIVO	Normal	Alterado	Observações
VISÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
AUDIÇÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DENTIÇÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
POSTURA E MOTRICIDADE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DESENVOLVIMENTO PUBERTÁRIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ADAPTAÇÃO/ SUCESSO ESCOLAR
 COMPORTAMENTO DE RISCO
 DOENÇAS CRÓNICAS
 PROBLEMAS EM VIGILÂNCIA

☐ C/ Cons. Médica ☐ 1K EnF ☒ DATA do E.G.S.

Nova Ficha Eliminar Ficha Imprimir Ficha Ver Ficha Relatórios Declaração para a escola

PT 12:34

Registos de Enfermagem - Saúde Infantil

Excheiro Editar Inserir Registos Janela Ajuda

Escreva uma pergunta

EGS 11/13 anos

EGS 11-13 anos - Declaração p/ Escola Centro de Saúde de Loures USF Ars medica USF ArsMedica

ARSLYT
 Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, L.P.

DECLARAÇÃO

Para efeitos de inscrição no seu estabelecimento de ensino, declara-se que [REDACTED] foi submetido(a) a exame global de saúde.

Centro de Saúde de Loures - USF Ars medica 02-12-2005

O Médico

Imprimir Ficha

EXAME GLOBAL DE SAÚDE 11-13 ANOS

DADOS ANTROPOMÉTRICOS
 Peso: 42,0 kg
 Altura: 159 m

ANTECEDENTES FAMILIARES
 DISLIPIDÉMIA ?
 Tensão Arterial 100/40 mmHg
 PINV Atualizado: ☒

EXAME OBJECTIVO	Normal	Alterado	Observações
POSTURA E MOTRICIDADE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DESENVOLVIMENTO PUBERTÁRIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ADAPTAÇÃO/ SUCESSO ESCOLAR
 COMPORTAMENTO DE RISCO
 DOENÇAS CRÓNICAS
 PROBLEMAS EM VIGILÂNCIA

☒ C/ Cons. Médica ☒ 1K EnF FF ☒ DATA do E.G.S. 05-11-2005

Nova Ficha Eliminar Ficha Imprimir Ficha Ver Ficha Relatórios Declaração para a escola

PT 12:35



ANEXO V – Plano da acção de formação “Procedimentos e Registos no Programa de Saúde Infantil e Juvenil”

Acção de Formação sobre Procedimentos e Registos no Programa de Saúde Infantil e Juvenil

População alvo – Enfermeiros da USF Ars medica

Avaliação de necessidades – Necessidade de actualização de conhecimentos no Programa de Saúde Infantil e Juvenil e necessidade de uniformização de procedimentos e registos.

Aspectos facilitadores – sala de formação com boas condições físicas

- necessidades sentidas pela população alvo
- formação poder ser ministrada a todos os enfermeiros da USF ao mesmo tempo

Duração - uma hora e meia (das 12,30 às 14 horas)

Finalidade - Ministras formação em Procedimentos e Registos no Programa de Saúde Infantil e Juvenil

Objectivos:

- Que os enfermeiros no final da acção de formação fossem capazes de:
 - 1 – Inserir correctamente todos os itens referentes aos enfermeiros, numa Consulta de Saúde Infantil, no Programa Informático Medicine One
 - 2 – Saber quais os ensinamentos a efectuar em cada idade e os folhetos a fornecer, recorrendo ao item dos ensinamentos, colocado para a USF Ars medica, no Programa Informático Medicine One
 - 3 – Saber incluir e excluir uma criança do Programa de Saúde Infantil e juvenil, no Programa Informático Medicine One
 - 4 – Inserir correctamente os dados referentes aos Exames Globais de Saúde dos 5/6 Anos e dos 11/13 Anos, na Base de Dados em Access de Saúde Infantil e Juvenil

- 5 - Inserir correctamente os dados, seguindo os passos, no Programa Informático Medicine One e na Base de Dados em Access de Saúde Infantil e Juvenil
- 6 - Valorizar a importância da inserção correcta dos dados, utilizando-a em todas as crianças atendidas no Programa de Saúde Infantil e Juvenil.

Recursos humanos – mestranda.

Estratégias pedagógicas – dois tipos de formação, uma de cariz mais teórico e outra de cariz mais prático.

Formato mais teórico:

- **Método** expositivo
- **Técnica** - aula
- **Suporte de comunicação** - meios audiovisuais projectáveis – powerpoint.

Formato mais prático:

- **Método** demonstrativo
- **Técnica** – simulação
- **Suporte de comunicação** – computadores com acesso ao Programa Informático Medicine One e à Base de Dados em Access de Saúde Infantil e Juvenil

Recursos materiais – computadores com acesso ao Programa Informático Medicine One e à Base de Dados em Access de Saúde Infantil e Juvenil e data show.

Recursos financeiros – tempo dispendido, em serviço, na elaboração dos materiais para formação, fotocópias de avaliação do ensino e impressão de avaliação da aprendizagem.

Avaliação do ensino - individual utilizando um questionário de modo a avaliar:

- 1 – Finalidade da formação
- 2 – Conteúdos da formação
- 3 – Utilidade da formação
- 4 – Desempenho do formador

- 5 – Apoios pedagógicos
- 6 – Dinâmica de grupo
- 7 – Logística
- 8 – Satisfação/Gratificação global

Avaliação da aprendizagem – individual, praticando no computador e recorrendo a uma “check list”.

- **Domínio cognitivo** - prático (objectivos 1, 2, 3 e 4). Verificar-se-á se as formandas executam bem os comandos leccionados praticando no computador.
- **Domínio psico-motor** - prático (objectivo 5). Utilizar-se-á a imitação pelas formandas com consequente correcção e avaliação.
- **Domínio afectivo** – supervisão clínica (objectivo 6). Neste domínio, das atitudes, o mais difícil de avaliar, seria necessário, para além da correcção e avaliação feita durante os exercícios de imitação, fazer uma avaliação, algum tempo após a acção de formação, aquando da supervisão clínica, verificando se esses procedimentos estavam, na realidade, a ser postos em prática, o que nos daria uma informação preciosa acerca da interiorização da importância desses procedimentos.

ANEXO VI – Instrumento de avaliação do ensino da acção de formação “Procedimentos e Registos no Programa de Saúde Infantil e Juvenil”

Avaliação do Ensino

1 – A finalidade da acção de formação (ministrar formação em Procedimentos e Registos no Programa de Saúde Infantil e Juvenil) foi alcançada.

Concordo totalmente	Concordo	Sem opinião	Discordo	Discordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 – O conteúdo da formação (os temas) estava de acordo com o que eu esperava.

Concordo totalmente	Concordo	Sem opinião	Discordo	Discordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 - A formação foi útil para mim.

Concordo totalmente	Concordo	Sem opinião	Discordo	Discordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 – O formador utilizou uma linguagem fácil de compreender.

Concordo totalmente	Concordo	Sem opinião	Discordo	Discordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 – Os meios audio-visuais utilizados durante a formação (computador com Microsoft Power point e data show e computadores com Medicine One) foram os adequados.

Concordo totalmente	Concordo	Sem opinião	Discordo	Discordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6 – Conseguiu-se um bom espírito de grupo.

Concordo totalmente	Concordo	Sem opinião	Discordo	Discordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7– As instalações onde foi realizada a formação tinham boas condições.

Concordo totalmente	Concordo	Sem opinião	Discordo	Discordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8 – No geral, sinto-me satisfeito com a formação.

Concordo totalmente	Concordo	Sem opinião	Discordo	Discordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Obrigado pela sua colaboração.



ANEXO VII - Instrumento de avaliação da aprendizagem da acção de formação “Procedimentos e Registos no Programa de Saúde Infantil e Juvenil”

Avaliação da Aprendizagem

1 – Inserir correctamente todos os itens referentes aos enfermeiros, numa Consulta de Saúde Infantil, no Programa Informático Medicine One:

Profissionais	Sem dificuldades	Com algumas dificuldades	Não conseguiu
FV			
DC			
SS			
SC			
SA			
MG			
VV			

2 – Saber quais os ensinamentos a efectuar em cada idade e os folhetos a fornecer, recorrendo ao item dos ensinamentos, colocado para a USF Ars medica, no Programa Informático Medicine One:

Profissionais	Sem dificuldades	Com algumas dificuldades	Não conseguiu
FV			
DC			
SS			
SC			
SA			
MG			
VV			

3 – Saber incluir e excluir uma criança do Programa de Saúde Infantil e juvenil, no Programa Informático Medicine One:

Profissionais	Sem dificuldades	Com algumas dificuldades	Não conseguiu
FV			
DC			
SS			
SC			
SA			
MG			
VV			

4 – Inserir correctamente os dados referentes aos Exames Globais de Saúde dos 5/6 Anos e dos 11/13 Anos, na Base de Dados em Access de Saúde Infantil e Juvenil:

Profissionais	Sem dificuldades	Com algumas dificuldades	Não conseguiu
FV			
DC			
SS			
SC			
SA			
MG			
VV			

5 – Inserir correctamente os dados, seguindo os passos, no Programa Informático Medicine One e na Base de Dados em Access de Saúde Infantil e Juvenil:

Profissionais	Sem dificuldades	Com algumas dificuldades	Não conseguiu
FV			
DC			
SS			
SC			
SA			
MG			
VV			



ANEXO VIII – Folheto “O Desenvolvimento da Criança e os Acidentes dos 0 aos 6 Meses”

Asfixia

O espaço entre as grades da cama da criança deverá ser inferior a 6,5 cm.

Não utilize correntes na chucha.

Cuidado com os anéis e os berloques das pulseiras, podem ser facilmente engolidos.

Nunca deixe a criança a beber o biberão sozinha.

Não utilize almofadas e não deixe brinquedos, laços ou fitas na cama da criança.



Cuidado com os brinquedos (estes devem ser macios, laváveis e grandes).

Ilustrações: "Vale a Pena Crescer em
Segurança"
APSI

**Em caso de dúvida consulte a Equipa de
Saúde Infantil.**

USF Ars Medica Tel: 219897841/42

Elaborado por: Enf^a Grad. Filomena
Figueiredo
Enf^a Grad. Vicência Vale



O Desenvolvimento da Criança e os Acidentes dos 0 aos 6 meses



**Centro de Saúde
de Loures**

O Desenvolvimento da Criança

1º Mês

Passa a maior parte do tempo a dormir.

Quando está deitada de barriga para baixo já levanta a cabeça por alguns segundos.

Chora quando está desconfortável e sossega quando lhe pegam ao colo.

3º Mês

Quando está deitada de barriga para baixo levanta a cabeça e apoia-se nos antebraços.

Reage e volta-se para os sons.

Sorri e responde aos sorrisos.

6º Mês

Mantem-se sentada sem apoio.

Leva os objectos à boca e passa os objectos de uma mão para a outra.

Dá gargalhadas.

Muito activa, atenta e curiosa.

Como Evitar os Acidentes

Acidente de Viação

Utilize uma cadeira própria para criança no carro, e nunca transporte a criança ao colo. Não coloque a cadeira em lugares com airbag.



Quedas

Não deixe a criança sozinha em cima da cama, mesas, sofás, etc...

Mantenha sempre as grades da cama da criança levantadas.

Mantenha a criança presa com o cinto no carrinho de passeio.



Queimaduras

Cuidado com a temperatura da água do banho (deite sempre primeiro a água fria e depois a quente)

Cuidado com a temperatura do leite no biberão, das papas e dos purés de legumes (principalmente se aquecidos no micro-ondas)

Cuidado com o sol (use protector solar de factor superior a 15 sempre que a criança fique exposta ao sol).



ANEXO IX - Folheto “O Desenvolvimento da Criança e os Acidentes dos 12 aos 24 Meses”

Ferimentos

Não deixe ao alcance da criança objectos cortantes.

Desligue imediatamente os electrodomésticos depois de os utilizar e enrole os fios eléctricos.

Intoxicações

Mantenha sempre os medicamentos e produtos de limpeza bem fechados e fora do alcance da criança.

Escolha, sempre que possível, produtos que possuam tampa de segurança.



**Centro de Informação
Anti-Venenos Tel. 217950143**

**Ilustrações: "Vale a Pena Crescer em
Segurança"
APSI**

**Em caso de dúvida consulte a Equipa de
Saúde Infantil.**

USF Ars Medica Tel: 219897841/42

**Elaborado por: Enfª Grad. Filomena
Figueiredo
Enfª Grad. Vicência Vale**



**O Desenvolvimento
da Criança
e
os Acidentes
dos 12 aos 24 meses**



**Centro de Saúde
de Loures**

O Desenvolvimento da Criança

18 Meses

Anda bem.

Apanha brinquedos do chão.

Faz rabiscos.

Usa 6 a 20 palavras e compreende muitas mais.

Mostra em si ou num boneco os olhos, o cabelo, o nariz e os sapatos.

Segura a colher e leva os alimentos à boca.

Não gosta que lhe peguem.

Indica necessidade de ir à casa de banho.

24 Meses

Corre.

Sobe e desce escadas.

Gosta de ver livros.

Diz o primeiro nome.

Nomeia objectos.

Usa bem a colher.

Bebe por um copo e coloca-o no lugar sem entornar.

Põe o chapéu e os sapatos.

Muito curiosa, quer provar e mexer em tudo.

Como Evitar os Acidentes

Acidente de Viação

Continue a transportar sempre a criança no carro numa cadeira própria para a sua idade.

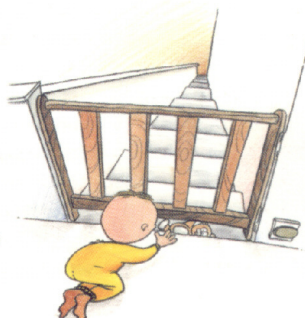
Quedas

Utilize cancelas de protecção no primeiro e último degrau das escadas.

Proteja as janelas ou portas que dão acesso a varandas e/ou terraços com fechos de segurança (fechaduras ou dispositivos que só deixam abrir parcialmente).

Cuidado com os brinquedos espalhados e os tapetes soltos.

Utilize sempre tapete antiderrapante no fundo da banheira.



Afogamento

Nunca deixe a criança sozinha na banheira, na piscina, no rio ou no mar.

Nunca deixe outras crianças a tomar conta, facilmente se podem distrair.

Queimaduras

Atenção ao fogão (coloque sempre as pegas dos tachos, panelas e frigideiras voltadas para dentro).

Nunca deixe ao alcance da criança alimentos quentes.

Cuidado com as lâmpadas dos candeeiros, ficam muito quentes quando estão acesas.

Nunca deixe a criança sozinha junto ao ferro de engomar, a base atinge temperaturas muito elevadas.



ANEXO X - Folheto “O Desenvolvimento da Criança e os Acidentes a partir dos 2 Anos”

Intoxicações

Os pesticidas e insecticidas representam um perigo mortal. Mantenha-os em local fechado à chave e fora do alcance das crianças.

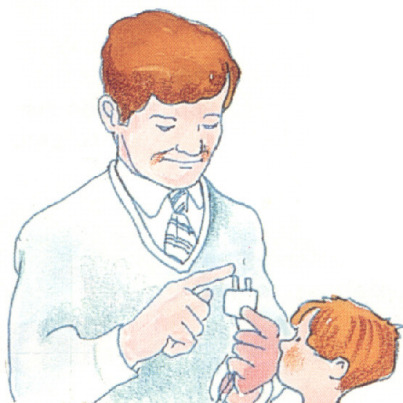
Continue a dar atenção aos medicamentos.

Não deixe ao alcance da criança bebidas alcoólicas.

Electrocussão

Explique à criança que água e electricidade não combinam, por isso há que evitar:

- tomadas na casa de banho,
- mãos molhadas ou enxutas à pressa a mexer no interruptor da luz,
- aparelhos com fios em mau estado, torcidos, mal isolados e fichas sobrecarregadas,
- electrodomésticos junto ao lava-louça ou lavatório.



Ilustrações: "Com as crianças o cuidado nunca é demais"
DECO

Em caso de dúvida consulte a Equipa de Saúde Infantil.

USF Ars Medica Tel: 219897841/42

Elaborado por: Enf^a Grad. Filomena Figueiredo
Enf^a Grad. Vicência Vale



O Desenvolvimento da Criança e os Acidentes a partir dos 2 anos



Centro de Saúde de Loures

O Desenvolvimento da Criança

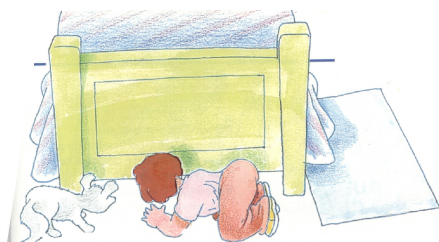
Dos 2 aos 4 anos

Está constantemente a fazer perguntas, tudo lhe interessa.

Aproveite todas as oportunidades para lhe ensinar os perigos que corre.

É capaz de abrir portas e armários.

Explora todos os cantos da casa e imediações.

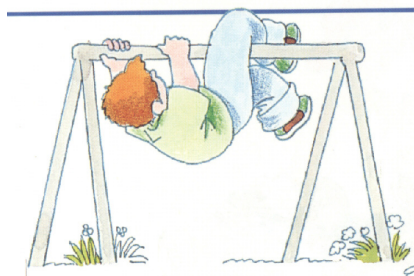


A partir dos 5 anos

Torna-se mais audaz e inconsciente do perigo.

É muito sociável e gosta de fazer parte de um grupo.

É muito influenciável e falta-lhe discernimento e sentido crítico.



Como Evitar os Acidentes

Acidente de Viação

• A criança como peão

Leve a criança pela mão, no passeio, do lado de dentro.

Quando a criança for mais velha ensine-a a atravessar na passadeira e vá com ela mostrar-lhe o caminho mais seguro, para que depois o faça sozinha com a maior segurança possível.

• A criança como passageiro

Continue a transportar a criança em cadeira própria ou assento próprio até atingir os 36 Kg de peso, sempre presa com o cinto de segurança.

Quando for mais velha transporte-a sempre no banco de trás (obrigatório até aos 12 anos) presa com o cinto de segurança.

Afogamento

Vigie sempre a criança em praias, piscinas, rios etc..., mesmo que use bóias ou braçadeiras.

Ferimentos

Atenção ao equipamento de bricolage: berbequins eléctricos, serrotes, instrumentos cortantes ou perfurantes.

Se a criança manifestar interesse ofereça-lhe uma caixa de ferramentas apropriada à idade e ensine-a a utilizá-la.

Cuidado com as armas em casa. Caso existam devem estar inacessíveis; a arma deve estar descarregada e as munições guardadas noutro local.

Quedas

Mantenha as protecções nas janelas de modo a que não abram ou só abram parcialmente.

Ensine a criança a usar sempre capacete, quando anda de bicicleta ou trotinete.

Quando a criança for mais velha e andar de skate ou patins em linha ensine-a a usar sempre o respectivo equipamento de protecção: capacete, joelheiras e cotoveleiras.



Queimaduras

Não deixe ao alcance da criança enquanto é mais pequena fósforos, alimentos quentes etc...

Quando a criança for mais velha ensine-a a utilizar os fósforos, o fogão e o micro-ondas.

Ensine-a que os alimentos aquecidos no micro-ondas podem estar muito quentes, apesar do recipiente não estar quente.

ANEXO XI - Folheto “O Desenvolvimento da Criança e os Acidentes dos 6 aos 12 Meses”

Electrocussão (choques eléctricos)

Use protectores de tomadas e proteja as extensões e fichas triplas.



Ferimentos

Cuidado com as toalhas das mesas, podem ser facilmente puxadas com tudo o que têm em cima.

Não deixe ao alcance da criança objectos cortantes e pontiagudos, como tesouras, facas, etc...

Proteja as arestas dos móveis.



Ilustrações: "Vale a Pena Crescer em Segurança"
APSI

Em caso de dúvida consulte a Equipa de Saúde Infantil.

USF Ars Medica Tel: 219897841/42

Elaborado por: Enf^a Grad. Filomena Figueiredo
Enf^a Grad. Vicência Vale



O Desenvolvimento da Criança e os Acidentes dos 6 aos 12 meses



Centro de Saúde de Loures

O Desenvolvimento da Criança

9 Meses

Senta-se só e fica 10-15 minutos.
Põe-se de pé sem apoio, mas não consegue baixar-se.
Leva tudo à boca.
Aponta com o indicador.
Atira os objectos ao chão deliberadamente (é um jogo).
Repete várias sílabas ou sons do adulto.
Distingue os familiares dos estranhos.

12 Meses

Passa de deitada de costas a sentada.
Gatinha.
Anda com apoio de duas ou uma mão.
Explora com energia os objectos e atira-os ao chão.
Procura um objecto escondido.
Responde pelo nome e volta-se.
Bebe pelo copo com ajuda.
Colabora no vestir levantando os braços.
Demonstra afecto (muito dependente do adulto).

Como Evitar os Acidentes

Acidente de Viação

Continue a utilizar uma cadeira própria para criança no carro. Verifique se ainda é adequada ao peso da criança ou se já está na altura de pensar noutra.



Quedas

Coloque sempre a cadeira alta de comer encostada a uma parede, de modo a que a criança não caia para trás, e coloque sempre o cinto à criança na cadeira. Nunca deixe a criança sozinha na cadeira sem vigilância.

Nunca utilize andarilhos ("aranhas"), a criança desloca-se com muita rapidez e pode dar origem a muitos acidentes.



Queimaduras

Cuidado com o fogão e com a temperatura da porta do forno.

Não deixe recipientes com água quente no chão.

Proteja sempre as lareiras e os radiadores.



Asfixia

Cuidados com os objectos pequenos e os sacos de plástico.

Afogamento

Nunca deixe a criança sozinha na banheira (basta meio palmo de água para se afogar).

Não deixe a criança sozinha junto a baldes ou aljudaes com água.

Mantenha a tampa da sanita fechada (existem protectores para o efeito).



ANEXO XII – Folheto “Cólica Infantil”

☛ A melhor posição



Esta é a posição mais eficaz para aliviar a cólica infantil. Não deixe, no entanto, o bebé dormir nesta posição, pois corre maior risco de morte súbita.



Acima de tudo, tente descansar durante o dia e mantenha a calma, lembre-se que a cólica infantil é temporária e irá passar dentro de pouco tempo.

Ilustrações: “Vale a Pena Crescer em Segurança”

APSI

Em caso de dúvida consulte a Equipa de Saúde Infantil.

USF Ars Medica – Tel: 219897841/42

Elaborado por: Enfa Filomena Figueiredo
USF Ars Medica
Unidade de Saúde Familiar

Cólica Infantil



Centro de Saúde de Loures

O que é ?

A cólica infantil (cólicas do recém-nascido) é um síndrome caracterizado por choro ocasional, excessivo e inconsolável. Tem um início súbito e vai aumentando de intensidade. É mais frequente ao fim da tarde ou durante a noite, iniciando-se geralmente sempre à mesma hora.

Quando ocorre ?

Inicia-se por volta das duas/três semanas de vida, tem um pico às quatro/seis semanas e termina por volta das 12 semanas (3 meses). Em alguns casos, as cólicas poderão manter-se até ao 6º/7º mês de vida.

Porque ocorre ?

Não se conhece a causa, podendo, no entanto, estar relacionada com imaturidade intestinal, gases, etc..., embora nada esteja documentado. Sabe-se que ocorre tanto no sexo masculino como no feminino e que não está relacionado com o facto de o bebé ser ou não amamentado.

A cólica infantil é uma doença ?

Não, a cólica infantil não é uma doença e os bebés com cólica infantil crescem e desenvolvem-se normalmente. Não existe por culpa dos pais, mas pode ser causadora de conflitos familiares entre o casal. Como tal, os pais devem pedir ajuda a familiares e amigos para tomar conta do bebé por algumas horas, para que possam descansar e relaxar.

Como lutar contra a cólica infantil ?

Além do tratamento médico, quando necessário, devem existir os seguintes cuidados, tendo sempre em conta que aquilo que funciona muito bem num bebé poderá não funcionar tão bem noutro:

1 – Cuidados com a Alimentação

- ☛ Se amamenta, evite bebidas gaseificadas ou outros alimentos que possam provocar gases (couve, feijão, grão, ervilha, fava, castanhas, etc...)
- ☛ Se o bebé é alimentado a biberão tenha sempre o cuidado de manter a tetina cheia de leite, para que não deixe entrar ar.
- ☛ Tenha sempre o cuidado de pôr o bebé a arrotar depois de beber o leite.
- ☛ Utilize um leite que não provoque tantos gases a nível intestinal (informe-se com o profissional de saúde qual o leite mais aconselhável).
- ☛ Em ultimo caso, poderá utilizar produtos naturais à base de chás (informe-se com o profissional de saúde)

2 – Cuidados com o Ambiente

- ☛ Coloque o bebé num ambiente calmo e com pouca luz.
- ☛ Cante canções de embalar.
- ☛ Ofereça a chucha, é muito útil para alguns bebés.

3 – Cuidados no alívio da dor

- ☛ Pegue no bebé ao colo e embale-o. O embalar é uma manobra que agrada particularmente aos bebés.
- ☛ Se acontecer durante o dia, utilize um suporte tipo canguru, o bebé vai sendo embalado e os pais vão realizando as actividades. No entanto, não exagere na utilização do canguru, para que o bebé não se habitue demasiadamente ao colo.
- ☛ Faça ginástica com as pernas do bebé flectindo-as contra a barriga.
- ☛ Faça uma massagem, no sentido dos ponteiros do relógio, na barriga do bebé, com um creme hidratante.
- ☛ Coloque um cobertor quente na barriga do bebé. (Nunca um saco de água quente)
- ☛ Em último recurso, o passeio de carro é utilizado praticamente em todo o mundo, porque combina o embalar com o som monótono do motor ... (só não dá muito jeito é parar nos semáforos!!!)



4 – Cuidados no Posicionamento

ANEXO XIII – Folheto “Diarreia e Vómitos”

*Ilustrações: “Equilíbrio hidro-electrolítico”
de Ana Maria Branco*

*Em caso de dúvida consulte a equipa de
Saúde Infantil.*

USF Ars Medica – tel: 219897841/42

Elaborado por : Enfº. Grad. Vicência Figueiredo do Vale

DIARREIA E VÓMITOS



O que é?

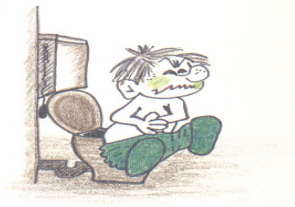
Quais as causas?

Como prevenir?

Como tratar?

CENTRO DE SAÚDE DE LOURES

Diarreia— o que é?



É o aumento do número de dejeções por dia e a diminuição da consistência das mesmas em relação ao habitual.

Quais as causas?

- ▶ erros alimentares (qualidade e/ou quantidade)
- ▶ intolerância (alimentares, medicamentosas, etc.)
- ▶ uma infecção (urinária, otite etc.)
- ▶ alimentos contaminados (má higiene)

Complicações

☛ Desidratação



Água chalada

- ▶ Faça um litro de chá preto fraco (fervido durante 10 minutos)
- ▶ Adicione 4 colheres de sopa de açúcar
- ▶ Adicione uma colher de café rasa de sal

ATÉ QUE EN-

- **FIM**

UF...



Receitas

Água de arroz

- Deite 2 colheres de sopa de arroz em 1 litro de água
- Deixe ferver até a água se reduzir a metade
- Retire o arroz, e acrescente água fervida até perfazer 1 litro
- Junte uma colher de café rasa de sal

Água de cenoura

- Deite meio quilo de cenouras cortadas num recipiente com 1 litro de água e deixe-as cozer bem
- Retire as cenouras
- Adicione água até perfazer 1 litro
- Junte uma colher de café rasa de sal

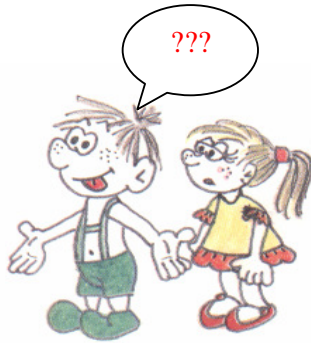
Sinais de Alerta?

- sede
- pele e mucosas secas/prega cutânea
- palidez
- perda de peso
- olhos encoados
 - afundamento da fontanela
 - urina mais escura do que o habitual

Como prevenir a diarreia?

- lavar bem as mãos (antes de comer, de preparar alimentos, depois de fazer as suas necessidades)
- lavar bem os alimentos que se comem crus
- lavar/esterilizar os biberões
- dar apenas água fervida até aos 3 -4 meses, altura em que se inicia a diversificação alimentar
- lavar os brinquedos uma vez por semana
- lavar/esterilizar a chucha com frequência

Como se trata?



- fazer pausa alimentar / suspender alimentação inadequada
- dar líquidos (água fervida, de arroz ou de cenoura)
- reintroduzir a alimentação gradualmente
- ter atenção às características das fezes (cor, cheiro, quantidade)
- procurar sintomas associados (febre, vômito)

- coca-cola sem gás

➤ após deixar de vomitar, iniciar gradualmente a alimentação sem forçar (de acordo com o apetite da criança) como por exemplo:

- chá (preto ou milupa)
- torradas
- bolachas de água e sal
- cozidos e grelhados em pouca quantidade

Se nas próximas 48 horas, e apesar destas medidas, o seu filho não melhorar leve-o ao Centro de Saúde.



Consequências?

Desidratação (ter atenção aos sinais de alerta referidos anteriormente)

O que fazer?



- manter o ambiente calmo
- deitar a criança de lado para prevenir a aspiração do vômito
- oferecer de 10/10 minutos uma colher de chá ou de sopa (conforme a tolerância da criança) de :
 - água chalada açucarada
 - água fervida
 - água de arroz
 - água de cenoura

Bebês alimentados a biberão/crianças mais velhas

- diluir mais o leite (a mesma quantidade de água com menos 1 a 2 medidas de leite)
- oferecer outro leite específico para diarreias (por exemplo AL 110, O-LAC, HN25)
- preparar o biberão com água de arroz ou de cenoura
- diminuir o tempo entre as mamadas
- no intervalo das mamadas oferecer água de arroz ou de cenoura



Alimentos permitidos

iogurte natural	saladas
banana bem madura	sumos
maçã cozida/assada	doces
pêra cozida	fruta
arroz branco	chocolate
sopa de cenoura/ arroz	leite
papas de arroz (nestum, cerelac, nutribén)	gorduras

Alimentos não permitidos

Vômito o que é?



É a expulsão de substâncias contidas no estômago.

Quais as causas ?

- ▷ ingestão de alimentos contaminados
- ▷ ingestão de alimentos inadequados e/ou em quantidade excessiva
- ▷ bloqueio do canal que liga o estômago ao intestino



ANEXO XIV – Folheto “Febre”

O que **NÃO** devo fazer

- Vestir muita roupa à criança
- Administrar medicamentos sem verificar o prazo de validade e modo de administração
- Recorrer a medicamentos logo que o seu filho tem febre
- Recorrer imediatamente ao médico

☞ Se a febre se mantiver por mais de 48 horas, ou estiver associada a diarreia, vômitos ou dores de cabeça intensas recorra de imediato ao médico.

Em caso de dúvida consulte a Equipa de Saúde Infantil.

USF Ars medica: 21 9897841/42

Elaborado por Enf.º Grad.
Vicência Figueiredo do Vale

Ilustrações — Miguel Cardador



FEBRE



CENTRO DE SAÚDE DE LOURES

Febre— O que é?

- É o aumento da temperatura corporal
- É um sintoma de doença (é um sinal de alerta por parte do nosso corpo)

Onde devo medir a temperatura?

- Axila
- Virilha
- Rabinho (bebés) —Mais exacto, mas menos aconselhável. Dá sempre mais 0.5°C do que nos outros locais

NUNCA DEIXE O SEU FILHO SÓZINHO COM O TERMÓMETRO



Que sinais e sintomas existem que podem indicar febre?

- Temperatura superior a
- 37.5°C na axila e virilha ou 38°C no rabinho
- Pele quente e rosada
- Perda de apetite
- Dores de cabeça
- Sono agitado
- Vómitos
- Agitação e irritabilidade

O que fazer quando existe febre?

- Manter a criança em repouso
- Oferecer líquidos em abundância à criança
- Proporcionar uma dieta leve
- Não abafar demasiado a criança
- Evitar que o quarto esteja aquecido e evitar correntes de ar
- Administrar antipiréticos de 6/6 ou 8/8 horas
- Aplicar compressas mornas nas virilhas e axilas
- Dar banhos mornos com a duração aproximada de 10 minutos
- Avaliar a temperatura da criança 15-30 minutos após ter aplicado alguma técnica para arrefecimento

ANEXO XV – Folheto “Introdução de Novos Alimentos no 1º Ano de Vida”

Colaboradores : Dr. Oliveira Martins
Enfª Espec. Teresa Cunha

Ilustrações : Informação médica da Nutribén

*Em caso de dúvida consulte a Equipa
de Saúde Infantil.*

USF Ars Medica Tel:219897841/42

Elaborado por : Enfª Grad. Filomena Figueiredo
Enfª Grad. Vicência do Vale



*Introdução de
Novos Alimentos
No 1º Ano de Vida*



Centro de Saúde de Loures

Introdução de novos alimentos

Nos primeiros meses de vida a alimentação do seu filho baseia-se em leite, sendo o materno a melhor opção.

A partir dos 4 meses (6 meses nos bebês alimentados ao peito) está geralmente indicado complementar a alimentação da criança com outros alimentos que lhe forneçam as substâncias adequadas ao seu crescimento e desenvolvimento harmonioso.

A introdução de novos alimentos ou diversificação da alimentação deve ser feita cuidadosamente e sem rigidez.

Como dar de comer

☞ Enquanto a criança é pequena e não se senta bem sozinha, de preferência, no colo ou numa espreguiçadeira. Nunca lhe dê de comer deitada!

☞ Quando já se senta bem sozinha numa cadeira própria para crianças.

☞ Com uma colher pequena, de plástico, sem pressa e com muita paciência.

☞ Converse com a criança durante a refeição, esta é um momento privilegiado para a sua socialização.

Conselhos gerais

☞ Use os biberões preferencialmente como recurso para viagens ou férias.

☞ Evite alimentos condimentados, comidas temperadas com muito sal, pimenta, mostarda, colorau, maionese, Ketchup etc...

☞ Não dê enchidos, enlatados, fiambre ou salsichas, pois contêm grandes quantidades de gorduras e sal.

☞ Prefira a comida cozida ou grelhada aos fritos e refogados, usando de preferência azeite.



Dos 9 aos 12 meses

☞ Poderá começar a dar gema de ovo cozida; de início dê um quarto de gema indo aumentando gradualmente até uma gema inteira. Deve ser dada na sopa, até 3 vezes por semana, substituindo o peixe ou a carne.

☞ Pode também dar pão, bolacha maria e queijo flamengo.

☞ Comece a pouco e pouco a habituar a criança à comida e aos horários da família. Passe a dar a carne e o peixe separados da sopa triturados sempre acompanhados de legumes, batatas, arroz, massa etc...

A partir dos 12 meses

☞ Pode introduzir na sopa feijão ou outras leguminosas, como grão, fava e ervilha.

☞ O leite pode passar a ser de pacote, gordo ou, preferencialmente, próprio para crianças dos 1-3 anos (como por exemplo Milupa Crescimento ou Nestlé Júnior).

☞ A alimentação da criança assemelha-se agora à da família, devendo ser diversificada e equilibrada.

☞ Pode começar a dar o ovo inteiro.

Cuidados na introdução de novos alimentos

☞ Inicie cada novo alimento apenas quando a criança se encontra de perfeita saúde.

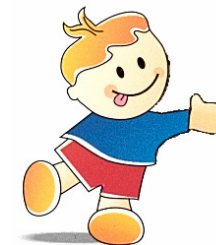
☞ Quando introduz um alimento novo deixe passar 2 ou 3 dias até à introdução de outro.

☞ Não insista demasiado nos primeiros dias. Dê 2 ou 3 colheres de chá do alimento novo e complete a refeição com leite, indo aumentando gradualmente a quantidade do novo alimento até substituir a refeição de leite.

☞ Dê sempre os novos alimentos à colher, introduzindo bem a colher dentro da boca da criança.

☞ Se a criança cuspir tudo ou chorar de início não quer dizer que não goste, está apenas a estranhar o novo alimento.

☞ Não se esqueça de dar água regularmente à criança.



Aos 4 meses (6 meses nos bebés amamentados)

☞ Os primeiros alimentos a introduzir, para além do leite, devem ser:

⇒ Papa de farinha ou

⇒ Sopa de legumes

☞ A papa deve ser sem glúten:

⇒ preparada com água fervida

Exemplos: Milupa (Banana e Pera, Peras, Maças, Arroz)

Nutribén (Primeira papa com leite adaptado)

Nestlé (Cerelac arroz, milho e arroz, multifrutos)

⇒ ou com o leite que a criança bebe

Exemplos: Nutribén (Multifrutos, Primeira papa, Arroz)

Mestlé (Cerelac arroz e cenoura)

☞ A sopa deve ser feita inicialmente com abóbora, cenoura e batata. Cozer em pouca água e juntar um fio de azeite no final. Triture bem ralinho e não acrescente sal!

☞ Pouco a pouco pode introduzir outros legumes:

⇒ batatadoce, alho francês, nabo, cebola, alface, agrião, nabiça, couve, aipo, espinafre etc...

Aos 7 meses (9 meses em crianças alérgicas)

☞ Pode introduzir o peixe, que deverá ser branco e magro, podendo ser fresco ou congelado (pescada, abrótea, robalo, linguado, solha, fargo...)

☞ Coxa o peixe à parte e junte-o desfeito à sopa

2 refeições de sopa com carne ou peixe e fruta

+

1 refeição de papa / iogurte com fruta

+

restantes refeições de leite (1 ou 2)



⇒ ou com o leite que a criança bebe

Exemplos: Nutribén (Crescimento, 8 cereais e mel)

Milupa (8 cereais e mel)

☞ Pode começar a dar também o iogurte, que deve ser natural, acrescentando-lhe fruta

☞ Pode introduzir todas as frutas exceto os morangos e kiwis, estes só depois dos 12 meses e com cuidado!

☞ Pode começar a experimentar também o sumo de laranja, mas sem açúcar. (crianças alérgicas só aos 9 meses)

1 refeição de sopa com carne e fruta

+

1 refeição de papa / iogurte com fruta

+

restantes refeições de leite (2 ou 3)



☞ A sopa deve ser feita, de preferência, diariamente ou congelada em porções diárias.

☞ Ir aumentando a consistência até formar um puré

☞ Após a introdução da sopa dar fruta crua e madura, triturada ou esmagada - maçã, pera e banana como sobremesa

1 refeição de sopa e fruta / papa de farinha

+

restantes refeições de leite (4 ou 5)

Aos 5 Meses

☞ Acrescentar a cada sopa de legumes 20 gr. de carne crua ou 1 colher de sopa de carne magra passada (borrego, frango, peru, coelho, vaca)

☞ Coxa os legumes com carne ou com a água da carne

1 refeição de sopa com carne e fruta

+

1 refeição de papa de farinha

+

restantes refeições de leite (3 ou 4)



Aos 6 meses

☞ Pode introduzir as papas com glúten:

⇒ preparadas com água

Exemplos: Milupa (Bolacha Maria, Maçã banana iogurte, Frutos Variados, 8 cereais e mel, Bolachas e Biscoitos, Milfarin)

Nestlé (Cerelac 5 frutos, Cerelac farinha láctea, Cerelac pêras, Cerelac maçãs)



ANEXO XVI - Folheto “Introdução de Novos Alimentos no 1º Ano de Vida (Alimentação Vegetariana)”

Ilustrações : Site da Direcção Geral de Saúde
(www.dgs.pt)

**Em caso de dúvida consulte a Equipa
de Saúde Infantil.**

USF Ars Medica Tel: 219897841/42

Elaborado por: Enf^a Grad. Filomena Figueiredo

**Introdução de
Novos Alimentos
No 1º Ano de Vida
(Alimentação Vegetariana)**



Centro de Saúde de Loures

Introdução de novos alimentos

Nos primeiros meses de vida a alimentação do seu filho baseia-se em leite, sendo o materno a melhor opção.

A partir dos 4 meses (6 meses nos bebés alimentados ao peito) está geralmente indicado complementar a alimentação da criança com outros alimentos que lhe forneçam as substâncias adequadas ao seu crescimento e desenvolvimento harmonioso.

A introdução de novos alimentos ou diversificação da alimentação deve ser feita cuidadosamente e sem rigidez.

Como dar de comer

☞ Enquanto a criança é pequena e não se senta bem sente-a, de preferência, no colo ou numa espreguiçadeira.

Nunca lhe dê de comer deitada!

☞ Quando já se senta bem sente-a numa cadeira própria para crianças.

☞ Com uma colher pequena, de plástico, sem pressa e com muita paciência.

☞ Converse com a criança durante a refeição, esta é um momento privilegiado para a sua socialização.

Conselhos gerais

☞ Use os biberões preferencialmente como recurso para viagens ou férias.

☞ Não utilize alimentos muito condimentados, comidas temperadas com muito sal, pimenta, mostarda, colorau, Ketchup etc.

☞ Não utilize demasiados frutos secos ou batatas fritas, pois contêm grandes quantidades de gorduras e sal.

☞ Não utilize muitos refrigerantes, contêm muito gás e açúcar. Prefira os sumos de fruta naturais.

☞ Não utilize doces em demasia porque contribuem para a cárie dentária. Prefira a fruta fresca.

☞ Prefira a comida cozida ou grelhada aos fritos e refogados, usando de preferência azeite.



Dos 9 aos 12 meses

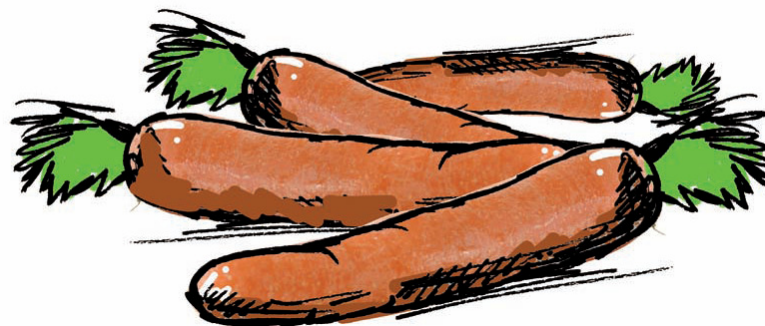
- ☞ Poderá começar a dar queijo e gema de ovo cozida.
- ☞ Poderá começar a dar soja.
- ☞ Pode também dar pão, bolachas e outros cereais secos.
- ☞ Pode começar a introduzir na sopa as ervilhas e, depois, de uma forma gradual, o feijão ou outras leguminosas, como grão, lentilhas e fava.
- ☞ Pode começar a experimentar também o sumo de laranja, mas **sem açúcar**, devendo ser dado a acompanhar a refeição.
- ☞ Comece a pouco e pouco a habituar a criança à comida e aos horários da família. Passe a dar os alimentos proteicos (ervilhas, favas, feijão, grão, soja etc.) separados da sopa bem cozidos e reduzidos a puré ou os alimentos lácteos (iogurte, queijo), sempre acompanhados de legumes, batatas, cenouras, arroz, massa etc...

A partir dos 12 meses

- ☞ Pode começar a dar o ovo inteiro.
- ☞ Pode introduzir o tofu (queijo de soja), os frutos secos triturados, como nozes, amêndoas, pistáchios, caju, etc.
- ☞ O leite pode passar a ser de pacote, meio-gordo ou próprio para crianças dos 1-3 anos, podendo ser de soja, preferencialmente enriquecido em vitamina B12 e vitamina D.
- ☞ A alimentação da criança assemelha-se agora à da família, devendo ser diversificada e equilibrada.

Cuidados na introdução de novos alimentos

- ☞ Inicie cada novo alimento apenas quando a criança se encontra de perfeita saúde.
- ☞ Quando introduz um alimento novo deixe passar 2 ou 3 dias até à introdução de outro.
- ☞ Não insista demasiado nos primeiros dias. Dê 2 ou 3 colheres de chá do alimento novo e complete a refeição com leite, indo aumentando gradualmente a quantidade do novo alimento até substituir a refeição de leite.
- ☞ Dê sempre os novos alimentos à colher, introduzindo bem a colher dentro da boca da criança.
- ☞ Se a criança cuspir tudo ou chorar de início não quer dizer que não goste, está apenas a estranhar o novo alimento.
- ☞ Não se esqueça de dar água regularmente à criança.



Aos 4 meses (6 meses nos bebês amamentados)

☞ Os primeiros alimentos a introduzir, para além do leite, devem ser:

- ⇒ Papa de farinha ou
- ⇒ Sopa de legumes

☞ A papa deve ser **sem glúten**:

- ⇒ preparada com água fervida

Exemplos: Milupa (Pera, Maçãs, Arroz, Banana e Pera)

Nutribén (Primeira papa com leite adaptado)

Nestlé (Cerelac arroz, milho e arroz, multifrutos)

- ⇒ ou com o leite que a criança bebe

Exemplos: Milupa (primeira papa)

Nutribén (Multifrutos, Primeira papa, Arroz)

Nestle (Cerelac arroz e cenoura)

☞ A sopa deve ser feita inicialmente com abóbora, cenoura e batata. Cozer em pouca água e juntar um fio de azeite no final. Triture bem ralinho e **não acrescente sal!**

☞ Pouco a pouco pode introduzir outros legumes:

⇒ agrião, espinafre, nabiça, brócolos, couve, couve flor, alho francês, aipo, alface, feijão verde, tomate, etc...

Aos 7 meses

☞ Começa a fazer três refeições de comida sólida, para além das refeições de leite

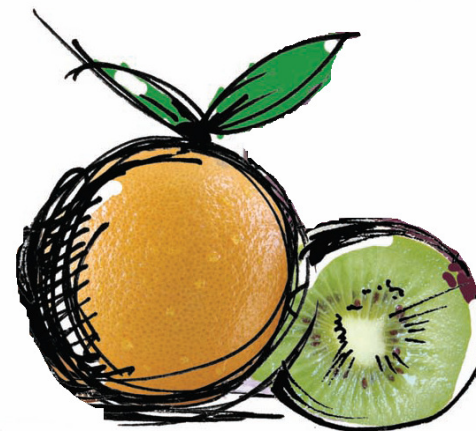
2 refeições de sopa de legumes com arroz e fruta

+

1 refeição de papa/iogurte (de soja ou não) com fruta

+

restantes refeições de leite (1 ou 2)



⇒ ou com o leite que a criança bebe

Exemplos: Nutribén (Crescimento, 8 cereais e mel)

Milupa (8 cereais com mel)

☞ Pode começar também a dar iogurte (de soja ou não), que deve ser natural, acrescentando-lhe fruta

☞ Pode introduzir todas as frutas excepto os morangos e kiwis, estes só depois dos 12 meses e com cuidado!

1 refeição de sopa de legumes com arroz e fruta

+

1 refeição de papa/iogurte (de soja ou não) com fruta

+

restantes refeições de leite (2 ou 3)



☞ A sopa deve ser feita, de preferência, diariamente ou congelada em porções diárias.

☞ Ir aumentando a consistência até formar um puré

☞ Após a introdução da sopa dar fruta crua e madura, triturada ou esmagada - maçã, pêra e banana como sobremesa

1 refeição de sopa de legumes e fruta / papa de farinha

+

restantes refeições de leite (4 ou 5)

Aos 5 Meses

- ☞ Pode acrescentar arroz à sopa de legumes
- ☞ Começa a fazer duas refeições de comida sólida, para além das refeições de leite

1 refeição de sopa de legumes (com ou sem arroz) e fruta
+
1 refeição de papa de farinha
+
restantes refeições de leite (3 ou 4)



Aos 6 meses

- ☞ Pode introduzir as papas **com glúten**:

⇒ preparadas com água

Exemplos: Milupa (Bolacha Maria, Maçã banana iogurte, Frutos Variados, 8 cereais e mel, Bolachas e Biscoitos, Milfarin)

Nestlé (Cerelac farinha láctea, Cerelac 5 frutos, Cerelac pêras, Cerelac maçãs)



ANEXO XVII – Folheto “O Refluxo Gastro-Esofágico”

“O Refluxo Gastro-esofágico”
Folheto do C.S.Sete Rios



O Refluxo Gastro-esofágico

☛ A pior posição



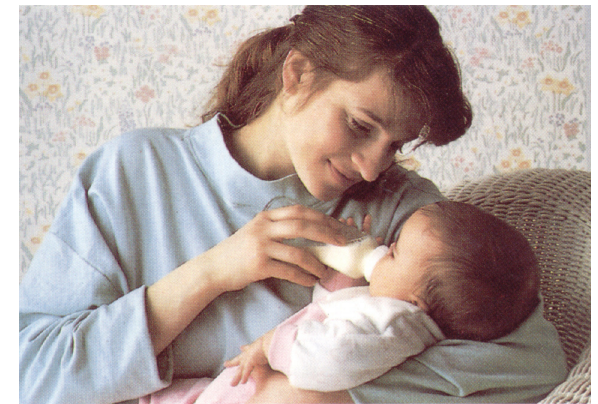
Nesta posição o bebé tem os joelhos dobrados sobre si próprio e muito erguidos, o que aumenta a pressão no estômago, favorecendo assim o refluxo.

Acima de tudo mantenha a calma, lembre-se que o refluxo na grande maioria dos casos é fisiológico, ou seja, é normal, e tenderá a passar com a idade, até porque, tal como diz o ditado, “*bebé bolçado, bebé criado*”.

Ilustrações: “O Livro do Bebê”

**Em caso de dúvida consulte a Equipa de
Saúde Infantil.**

USF Ars medica – Tel: 219897841/42.



Elaborado por: Enfª Grad. Filomena
Figueiredo
Enfª Grad. Vicência Vale

Centro de Saúde de Loures

O que é ?

O refluxo gastro-esofágico (“bolçar” ou regurgitar) é o retorno do conteúdo gástrico (alimentos e ácido do estômago) para o esôfago e boca.

Porque ocorre ?

Não se sabe bem porquê, mas o músculo existente na extremidade inferior do esôfago (cardia) não se encontra bem desenvolvido e permite o retorno à boca do conteúdo gástrico (alimentos e ácido do estômago).

O que provoca o refluxo ?

- ☛ Pequenos intervalos entre os biberons (inferiores a 3 horas). Não é o caso da amamentação, em que o horário é livre.
- ☛ Técnica inadequada na administração do biberão (mantenha a tetina sempre com leite para o bebê não engulir muito ar).
- ☛ Novos alimentos introduzidos cedo demais (sumo de laranja e de limão).
- ☛ Anomalias do aparelho digestivo (imaturidade da cardia ou estenose hipertrófica do piloro).

Como lutar contra o refluxo ?

Além do tratamento médico, quando necessário, devem existir os seguintes cuidados:

1 – Cuidados com a Alimentação

- ☛ Utilize um leite AR (anti-regurgitação ou anti-refluxo).
- ☛ Não force o bebê a comer, pode ainda ter leite no estômago, o que favorece o refluxo.

- ☛ Assim que a idade o permita, comece a diversificar os alimentos para que a criança faça uma alimentação mais sólida.

- ☛ As refeições do bebê (sopas, papas) devem ser espessas.

- ☛ Evite os sumos de fruta ácidos, como o sumo de laranja e de limão, porque para além de provocarem refluxo podem provocar dores em caso de irritação do estômago e do esôfago.

- ☛ Evite dar bebidas gaseificadas, porque aumentam a pressão no estômago e favorecem o refluxo.

- ☛ Evite dar muitos líquidos às refeições.

2 – Cuidados com o Ambiente

- ☛ Não fume perto do bebê porque favorece o refluxo.

- ☛ Não comprima o estômago do bebê quando o põe ao ombro a “arrotar”.

- ☛ Vista roupas mais largas ao bebê e não aperte demasiado as fraldas, para que o estômago não fique comprimido.

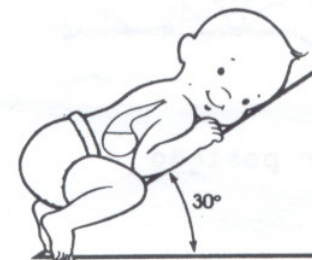
- ☛ Mude a fralda ao bebê tendo o cuidado de manter a cabeça elevada.

- ☛ Tenha cuidado com o tipo de brincadeiras com o bebê depois de lhe dar de comer (não o coloque de cabeça para baixo e não o abane muito).

- ☛ Coloque o bebê a dormir, se necessário, com a cabeceira da cama elevada (coloque um cobertor, listas telefônicas ou almofada em cunha debaixo do colchão).

3 – Cuidados no Posicionamento

- ☛ A melhor posição



Esta é a posição mais eficaz contra o refluxo gastro-esofágico e a melhor para dormir.

- ☛ Outras posições





ANEXO XVIII – Powerpoint “A Alimentação Saudável e a Saúde”

A Alimentação Saudável e a Saúde

A Alimentação Saudável e a Saúde

- Os alimentos que ingerimos condicionam muito a nossa saúde e o desenvolvimento físico e intelectual (crianças)
- A alimentação interfere com a capacidade de concentração e aprendizagem

A Alimentação Saudável e a Saúde

- Criança bem alimentada – organismo saudável e protegido
- Criança mal alimentada – organismo não atinge o seu potencial e está mais sauceptível a doenças

A Alimentação Saudável e a Saúde

- Os hábitos alimentares são incutidos nos primeiros anos de vida através da educação, observação e experiência
- Assim,
- O papel dos pais na alimentação e na educação familiar das crianças é fundamental

A Alimentação Saudável e a Saúde

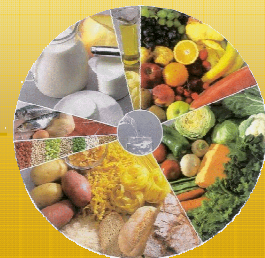
“É preciso saber comer”

- Saber escolher os alimentos adequados
- Saber as porções adequadas dos alimentos
- Variar o mais possível os alimentos ingeridos

A Alimentação Saudável e a Saúde

Roda dos Alimentos

- Ajuda a escolher os alimentos que devem fazer parte da alimentação diária
- Cada grupo tem vários alimentos nutricionalmente semelhantes que devem ser regularmente substituídos uns pelos outros de modo a assegurar a necessária variedade.



A Alimentação Saudável e a Saúde

A alimentação deve ser:

- Completa (deve-se comer diariamente alimentos de todos os grupos alimentares)
- Equilibrada (não se deve falhar nem exagerar em nenhum dos grupos de alimentos)
- Variada (variar o mais possível os alimentos)

A Alimentação Saudável e a Saúde – Erros alimentares

Saltar refeições e distribuição dos alimentos pelas refeições

- Pequeno almoço (7,30 h): 15%
- Merenda da manhã (10,30 h): 5%
- Almoço (13 h): 30%
- Merenda da tarde (16 h): 15%
- Jantar (20 h): 30%
- Ceia (23 h): 5%

A Alimentação Saudável e a Saúde – Erros alimentares

- Número de refeições deve adequar-se ao tamanho da manhã e da tarde
- Uma manhã pequena pode não necessitar de merenda a meio da manhã (pequeno almoço às 10 horas)
- Uma tarde muito longa pode justificar 2 lanches (almoço às 12/12,30h e jantar às 20,30/21h)

A Alimentação Saudável e a Saúde – Erros alimentares

- Há lanches mais ligeiros do que outros
- Uma tarde só com um lanche não pode ser apenas um iogurte ou uma peça de fruta
- Nos lanches e merendas o pão, o leite ou iogurte e a fruta devem estar presentes (1/2 Litro de leite por dia)

A Alimentação Saudável e a Saúde – Erros alimentares

- Quem faz um pequeno almoço muito ligeiro (por ex: um copo de leite), deve fazer uma merenda a meio da manhã mais reforçada (por ex: um iogurte e um pão com manteiga ou queijo)
- No almoço e jantar deve haver sempre legumes, de preferência sopa, pelos menos numa das refeições, e legumes a acompanhar o prato

A Alimentação Saudável e a Saúde – Erros alimentares

Excesso de gorduras

- Não abusar de fritos e assados. Preferir cozidos e grelhados
- Evitar processados animais: salsichas, pastas de carne ou fígado (muita gordura, sal e temperos)

A Alimentação Saudável e a Saúde – Erros alimentares

Escassez de consumo de produtos hortícolas e frutos

- Começar as refeições por sopa e incluir saladas, legumes e frutos nas refeições
- Numa refeição, o prato deve conter metade de salada ou legumes

A Alimentação Saudável e a Saúde – Erros alimentares

Substituição de água e sumos naturais por sumos industriais e refrigerantes

- Preferir água e sumos naturais às refeições (Compal etc.)
- 1 lata de ice tea contém cerca de 3 pacotes de açúcar

A Alimentação Saudável e a Saúde – Erros alimentares

Excesso de doces

- Não substitua o pão ao pequeno almoço e nas merendas por bolos
- Não substitua, por regra, a fruta por doces

A Alimentação Saudável e a Saúde

A família deve:

- *Ser um bom modelo* – Prepare alimentos saudáveis para toda a família e não apenas para a criança

Lembre-se:

**Ao fazer uma
alimentação saudável
está a promover a
saúde da sua família !**

Obrigado



ANEXO XIX – Powerpoint “A Higiene Corporal e a Saúde”

A Higiene Corporal e a Saúde

Higiene



- O conceito de higiene surge apenas no século XIX, depois das descobertas de Pasteur (1822-1895) e dos seus trabalhos sobre a importância da higiene na saúde.

Higiene Pessoal

- O conceito de higiene pessoal refere-se ao estado geral de limpeza do corpo e da roupa das pessoas

Higiene Corporal



- A pele é o maior órgão do corpo humano
- Tem como funções: regulação térmica, defesa orgânica, controlo do fluxo sanguíneo, protecção contra diversos agentes do meio ambiente (calor, frio) e funções sensoriais (pressão, dor e tacto)
- A pele é um órgão vital, sem ela a sobrevivência seria impossível

Higiene Corporal

- Devemos tomar banho todos os dias



- A má higiene da pele pode ser causadora de várias doenças e mau estar (ex: sarna, mau cheiro)

Higiene do Cabelo



- Os pelos existem em quase todo o corpo, excepto nas palmas das mãos e dos pés
- Os cabelos são cerca de 100 a 150 mil fios
- Servem para proteger o couro cabeludo das agressões externas ambientais como o calor, o frio ou os raios solares

Higiene do Cabelo

- Devemos trazer o cabelo sempre lavado e bem penteado



- A má higiene dos cabelos pode ser responsável por vários tipos de infestações (ex: pediculose)

Higiene dos Pés



- Os pés são a base de sustentação do nosso corpo e servem para a nossa locomoção
- Para que se mantenham saudáveis é necessário:
 - Mudar regularmente de calçado
 - Mudar de meias todos os dias
 - Ter uma boa higiene dos pés
 - Utilizar meias sem fibras sintéticas (ex: algodão)
 - Não utilizar calçado muito justo
 - Utilizar calçado que deixe transpirar o pé

Higiene dos Pés

- Devemos lavar e secar cuidadosamente os pés todos os dias



- Maus cuidados de higiene e uso de calçado muito fechado podem causar mau estar e doenças (ex: mau cheiro, pé de atleta)

Higiene dos Genitais



- A higiene dos genitais é de extrema importância
- Nas meninas a higiene deve ser feita lavando de cima para baixo (da zona púbica até ao ânus)
- Nos meninos devemos dar especial atenção à higiene da glândula (pedir aos meninos para “arregaçar a pele” durante o banho)

Higiene dos Genitais

- Devemos lavar cuidadosamente os genitais todos os dias



- Maus cuidados de higiene podem ser causadores de doenças (Ex: meninos – infecções da glândula, meninas – infecções urinárias)

Higiene das Mãos e das Unhas



- As mãos são de extrema importância no nosso dia a dia porque é com elas que fazemos tudo, servindo as unhas para proteger as extremidades dos dedos (pés e mãos)
- As unhas das mãos devem ser cortadas redondas e as dos pés a direito, sem cortar os cantos (perigo de ficarem “encravadas”)

Higiene das Mãos e das Unhas

- Devemos lavar sempre bem as mãos antes das refeições, depois de ir à casa de banho e antes de preparar qualquer alimento.
- Usar sempre as unhas das mãos cortadas rentes



- Maus cuidados de higiene das mãos e das unhas podem ser causadores de doenças (ex: gastroenterites, hepatites)

Higiene Dentária



- Os dentes são de extrema importância na mastigação, no contacto social e na dicção
- Os hábitos de higiene dentária devem ser adquiridos logo desde muito cedo (a partir do ano de idade)
- É importante manter sempre as escovas de dentes em bom estado e trocá-las regularmente
- Evite alimentos ricos em açúcar e fritos

Higiene Dentária

- Devemos lavar sempre os dentes, pelo menos, de manhã e ao deitar com uma pasta de dentes com flúor



- Maus cuidados de higiene podem ser causadores de mau hálito e cárie dentária

Higiene da Roup



- A roupa é muito importante para nós, seres humanos
- Serve para nos protegermos do frio, do calor e dos raios solares, para proteger a nossa nudez e por uma questão estética (moda)
- Não devemos utilizar roupas demasiado apertadas e devemos ter cuidado com o uso de fibras (principalmente nos bebés)

Higiene da Roup

- Devemos mudar de roupa com frequência



- Roupa que não é mudada com frequência pode ser causadora da manutenção de doenças ou infestações (ex: sarna, pediculose)

Higiene do Sono



- O sono é uma função vital necessária à manutenção de um bom estado de saúde
- Contribui para a recuperação física e psicológica do organismo
- Uma criança em idade escolar deve dormir cerca de 10 horas por noite
- Um adulto deve dormir entre 7 a 9 horas por noite

Higiene do Sono

- “Deitar cedo e cedo erguer dá saúde e faz crescer”



- A falta de sono (ex: nas crianças) pode ser causadora de irritabilidade, dificuldade de concentração e mau rendimento escolar

		
✓ Tomar banho todos os dias	✓ Lavar os pés todos os dias ✓ Cortar as unhas a direito ✓ Usar calçado “arejado”	✓ Trazer sempre o cabelo lavado e bem penteado
	✓ Lavar os genitais todos os dias	
<div style="border: 2px solid yellow; padding: 5px; text-align: center;">A Higiene E a Saúde</div>		
✓ Lavar os dentes de manhã e ao deitar	✓ Lavar as mãos antes das refeições, depois de ir ao WC e antes de preparar alimentos ✓ Cortar as unhas redondas	✓ Mudar de roupa com frequência
		✓ Dormir as horas necessárias 



Obrigado



ANEXO XX – Powerpoint “A Higiene da Habitação e a Saúde”

A Higiene da Habitação e a Saúde

A Higiene da Habitação e a Saúde

- O ambiente em que vivemos condiciona muito a nossa saúde
- Se vivermos num ambiente limpo seremos mais saudáveis

A higiene diz respeito a todos nós !



Medidas Gerais

- Areje bem a casa
- Mantenha o chão limpo (de preferência sem alcatifa)
- Mantenha o pó limpo (crianças alérgicas)
- Não fume em casa (crianças alérgicas)

Os Animais de Estimação

- Devem estar sempre vacinados (veterinário) e desparasitados (comprimidos)
 - Ténia (quisto hidático)
 - Raiva
 - Toxoplasmose
- Devem ter bons cuidados de higiene e tratamentos anti – parasitários (spray ou ampolas)
 - Carrapatos → febre da carrapa
 - Pulgas → infestação da casa
 - Sarna → transmissão ao ser humano



Quarto das Crianças

- Deve ser mantido limpo e arejado
- Utilizar baús ou caixas para os brinquedos
- Não ter muitos brinquedos nas prateleiras (mais fácil limpar o pó)
- Ter peluches laváveis (acumulam muito pó)
- Ter tapetes de fácil lavagem ou de oleado



O Quarto das Crianças

- Utilizar edredões sintéticos (sem ser de penas) (crianças alérgicas)
- Não utilizar lençóis de flanela (muitos pêlos – crianças alérgicas)
- Não utilizar cobertores (crianças alérgicas – muitos pêlos e acumulam muito pó)
- Aspirar regularmente os colchões (ácaros – crianças alérgicas)



A Casa de Banho

- Deve ser mantida sempre limpa
- Não deitar pensos higiénicos na sanita
- Não deitar restos de comida na sanita
- Deixar os produtos de higiene altos e sem estar ao alcance das crianças mais pequenas



A Cozinha

- Manter sempre a cozinha limpa e arrumada (bancadas e tábuas de cozinha)
- Os utensílios de cozinha devem estar sempre limpos (abre-latas, colheres de pau, varinha da sopa, etc...)



A Cozinha

- Conservação dos alimentos
 - Verificar sempre o prazo de validade dos alimentos
 - Os alimentos que necessitam devem ser mantidos no frigorífico:
 - Manter o frigorífico em bom estado de higiene
 - Não colocar comida ainda quente no frigorífico
 - Acondicionar os alimentos em caixas individuais e tapadas
 - Nunca volte a congelar um alimento que já foi descongelado



A Cozinha

- Conservação dos alimentos
 - Regras de conservação no frigorífico:
 - Porta: manteiga, leite, ovos e sumos de fruta
 - Gavetas: frutas e legumes
 - Zona menos fria: iogurte, queijo, compotas, maionese
 - Zona mais fria: carne e peixe cru, enchidos, bolos com creme, restos de comida já cozinhada



A Cozinha

- Confecção dos alimentos
 - Lavar sempre muito bem as mãos antes de manipular os alimentos (gastroenterites)
 - Lavar sempre muito bem as saladas (gastroenterites)
 - Comer a carne sempre bem passada (toxoplasmose)



A Cozinha

- Evacuação de resíduos sólidos
 - Manter sempre o lixo bem acondicionado (baratas, ratos, insectos, formigas)
 - Efectuar a separação de lixos
 - Saco azul (papel, cartão)
 - Saco amarelo (plástico e metal)
 - Saco verde (vidro)
 - Saco preto (lixo doméstico)



A Cozinha

- Evacuação de resíduos líquidos
 - Não deitar óleos de fritura nos canos (contaminação da água)
 - Não deitar medicamentos nos canos (contaminação da água)
- Produtos de Limpeza
 - Devem ser mantidos sempre altos e fora do alcance das crianças mais pequenas

A Sala de Estar

- Lave e/ou aspire regularmente os sofás e tapetes (ácaros, pulgas)

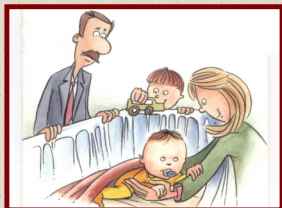


Lembre-se:
Ao manter a *higiene*
do seu lar está a
promover a *saúde* da
sua família !

Obrigado

ANEXO XXI – Powerpoint “O Desenvolvimento da Criança e os Acidentes dos 0 aos 12 Meses”

O Desenvolvimento da Criança e os Acidentes dos 0 aos 12 meses



Centro de Saúde de Loures

O Desenvolvimento da Criança



1º Mês

Passa a maior parte do tempo a dormir.
Quando está deitada de barriga para baixo já levanta a cabeça por alguns segundos.
Chora quando está desconfortável e sossega quando lhe pegam ao colo.

O Desenvolvimento da Criança

3º Mês

Quando está deitada de barriga para baixo levanta a cabeça e apoia-se nos antebraços.

Reage e volta-se para os sons.

Sorri e responde aos sorrisos.



O Desenvolvimento da Criança

6º Mês

Mantém-se sentada sem apoio.

Leva os objectos à boca e passa os objectos de uma mão para a outra.

Dá gargalhadas.

Muito activa, atenta e curiosa.



Como Evitar os Acidentes

Acidente de Viação

Utilize uma cadeira própria para criança no carro, e nunca transporte a criança ao colo. Não coloque a cadeira em lugares com airbag.



Como Evitar os Acidentes

Quedas

Não deixe a criança sozinha em cima da cama, mesas, sofás, etc...

Mantenha sempre as grades da cama da criança levantadas.

Mantenha a criança presa com o cinto no carrinho de passeio.



Como Evitar os Acidentes

Queimaduras

Cuidado com a temperatura da água do banho (deite sempre primeiro a água fria e depois a quente)

Cuidado com a temperatura do leite no biberão, das papas e dos purés de legumes (principalmente se aquecidos no micro-ondas)

Cuidado com o sol (use protector solar de factor superior a 15 sempre que a criança fique exposta ao sol).



Como Evitar os Acidentes

Asfixia

O espaço entre as grades da cama da criança deverá ser inferior a 6,5 cm.

Não utilize correntes na chucha.

Cuidado com os anéis e os berloques das pulseiras, podem ser facilmente engolidos.

Nunca deixe a criança a beber o biberão sozinha.

Não utilize almofadas e não deixe brinquedos, laços ou fitas na cama da criança.

Cuidado com os brinquedos (estes devem ser macios, laváveis e grandes).



O Desenvolvimento da Criança

9 Meses

Senta-se só e fica 10-15 minutos.

Põe-se de pé sem apoio, mas não consegue baixar-se.

Leva tudo à boca.

Aponta com o indicador.

Atira os objectos ao chão deliberadamente (é um jogo).

Repete várias sílabas ou sons do adulto.

Distingue os familiares dos estranhos.



O Desenvolvimento da Criança

12 Meses

Passa de deitada de costas a sentada.

Gatinha.

Anda com apoio de duas ou uma mão.

Explora com energia os objectos e atira-os ao chão.

Procura um objecto escondido.

Responde pelo nome e volta-se.

Bebe pelo copo com ajuda.

Colabora no vestir levantando os braços.

Demonstra afecto (muito dependente do adulto).



Como Evitar os Acidentes

Acidente de Viação

Utilize uma cadeira própria para criança no carro, e nunca transporte a criança ao colo. Não coloque a cadeira em lugares com airbag.



Como Evitar os Acidentes

Quedas

Coloque sempre a cadeira alta de comer encostada a uma parede, de modo a que a criança não caia para trás, e coloque sempre o cinto à criança na cadeira. Nunca deixe a criança sozinha na cadeira sem vigilância.

Nunca utilize andarilhos ("aranhas"), a criança desloca-se com muita rapidez e pode dar origem a muitos acidentes.



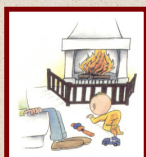
Como Evitar os Acidentes

Queimaduras

Cuidado com o fogão e com a temperatura da porta do forno.

Não deixe recipientes com água quente no chão.

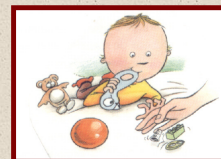
Proteja sempre as lareiras e os radiadores.



Como Evitar os Acidentes

Asfixia

Cuidados com os objectos pequenos e os sacos de plástico.



Como Evitar os Acidentes

Afogamento

Nunca deixe a criança sozinha na banheira (basta meio palmo de água para se afogar).

Não deixe a criança sozinha junto a baldes ou aluidares com água.

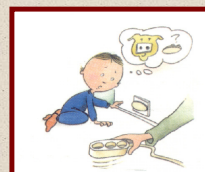
Mantenha a tampa da sanita fechada (existem protectores para o efeito)



Como Evitar os Acidentes

Electrocussão (choques eléctricos)

Use protectores de tomadas e proteja as extensões e fichas triplas.



Como Evitar os Acidentes

Ferimentos

Cuidado com as toalhas das mesas, podem ser facilmente puxadas com tudo o que têm em cima.

Não deixe ao alcance da criança objectos cortantes e pontiagudos, como tesouras, facas, etc...

Proteja as arestas dos móveis.



Lembre-se:



Quanto mais seguro for o ambiente em que vive o seu filho, mais protegido ele estará!

Obrigado



ANEXO XXII – Powerpoint “Febre”

FEBRE



CENTRO DE SAÚDE DE LOURES

Febre – O que é?

- É o aumento da temperatura corporal
- É um sintoma de doença (é um sinal de alerta por parte do nosso corpo)



Onde devo medir a temperatura?

- Axila
- Virilha
- Rabinho (bebés) –Mais exacto, mas menos aconselhável. Dá sempre mais 0.5°C do que nos outros locais

NUNCA DEIXE O SEU FILHO SÓZINHO COM O TERMÓMETRO

Que sinais e sintomas existem que podem indicar febre?

- Temperatura superior a 37.5°C na axila e virilha ou 38°C no rabinho
- Pele quente e rosada
- Perda de apetite

Que sinais e sintomas existem que podem indicar febre?

- Dores de cabeça
- Sono agitado
- Vómitos
- Agitação e irritabilidade

O que fazer quando existe febre?

- Manter a criança em repouso
- Oferecer líquidos em abundância à criança
- Proporcionar uma dieta leve
- Não abafar demasiado a criança
- Evitar que o quarto esteja aquecido e evitar correntes de ar

O que fazer quando existe febre?

- Administrar antipiréticos de 6/6 ou 8/8 horas
- Aplicar compressas mornas nas virilhas e axilas
- Dar banhos mornos com a duração aproximada de 10 minutos
- Avaliar a temperatura da criança 15-30 minutos após ter aplicado alguma técnica para arrefecimento

O que NÃO devo fazer

- Vestir muita roupa à criança
- Administrar medicamentos sem verificar o prazo de validade e modo de administração
- Recorrer a medicamentos logo que o seu filho tem febre
- Recorrer imediatamente ao médico

☞ **Se a febre se mantiver por mais de 48 horas, ou estiver associada a diarreia, vômitos ou dores de cabeça intensas recorra de imediato ao médico.**



Obrigado



ANEXO XXIII - Powerpoint “Introdução de Novos Alimentos no 1º Ano de Vida”

Introdução de Novos Alimentos No 1º Ano de Vida



Centro de Saúde de Loures

Introdução de novos alimentos

- Nos primeiros meses de vida a alimentação do seu filho baseia-se em leite, sendo o materno a melhor opção.
- A partir dos 4 meses (6 meses nos bebés alimentados ao peito) está geralmente indicado complementar a alimentação da criança com outros alimentos que lhe forneçam as substâncias adequadas ao seu crescimento e desenvolvimento harmonioso.
- A introdução de novos alimentos ou diversificação da alimentação deve ser feita cuidadosamente e sem rigidez.

Como dar de comer

- Enquanto a criança é pequena e não se senta bem sozinha, de preferência, no colo ou numa espreguiçadeira. **Nunca lhe dê de comer deitada!**
- Quando já se senta bem sozinha numa cadeira própria para crianças.
- Com uma colher pequena, de plástico, sem pressa e com muita paciência.
- Converse com a criança durante a refeição, esta é um momento privilegiado para a sua socialização.

Cuidados na introdução de novos alimentos

- Inicie cada novo alimento apenas quando a criança se encontra de perfeita saúde.
- Quando introduz um alimento novo deixe passar 2 ou 3 dias até à introdução de outro.
- Não insista demasiado nos primeiros dias. Dê 2 ou 3 colheres de chá do alimento novo e complete a refeição com leite, indo aumentando gradualmente a quantidade do novo alimento até substituir a refeição de leite.

Cuidados na introdução de novos alimentos (continuação)

- Dê sempre os novos alimentos à colher, introduzindo bem a colher dentro da boca da criança.
- Se a criança cuspir tudo ou chorar de início não quer dizer que não goste, está apenas a estranhar o novo alimento.
- Não se esqueça de dar água regularmente à criança.



Aos 4 meses (6 meses nos bebés amamentados)

- Os primeiros alimentos a introduzir, para além do leite, devem ser:
 - ⇒ Papa de farinha ou
 - ⇒ Sopa de legumes
- A papa deve ser **sem glúten**:
 - ⇒ preparada com água fervida
 - ⇒ ou com o leite que a criança bebe



Aos 4 meses (6 meses nos bebês amamentados)

- A sopa deve ser feita inicialmente com abóbora, cenoura e batata. Cozer em pouca água e juntar um fio de azeite no final. Triture bem ralinho e **não acrescente sal!**
- Pouco a pouco pode introduzir outros legumes:
batata-doce, alho-francês, nabo, cebola, alface, agrião, nabiça, couve, aipo, espinafre etc...

Aos 4 meses (6 meses nos bebês amamentados)

- A sopa deve ser feita, de preferência, diariamente ou congelada em porções diárias.
- Ir aumentando a consistência até formar um puré
- Após a introdução da sopa dar fruta crua e madura, triturada ou esmagada - maçã, pera e banana como sobremesa

Aos 4 meses (6 meses nos bebês amamentados)



1 refeição de sopa e fruta / papa de farinha
+
restantes refeições de leite (4 ou 5)

Aos 5 Meses

- Acrescentar a cada sopa de legumes 20 gr. de carne crua ou 1 colher de sopa de carne magra passada (borrego, frango, peru, coelho, vaca)
- Coza os legumes com carne ou com a água da carne



Aos 5 Meses



1 refeição de sopa com carne e fruta
+
1 refeição de papa de farinha
+
restantes refeições de leite (3 ou 4)

Aos 6 meses



- Pode introduzir as papas **com glúten**:
⇒ preparadas com água
⇒ ou com o leite que a criança bebe

Aos 6 meses

- Pode começar a dar também o iogurte, que deve ser **natural**, acrescentando-lhe fruta
- Pode introduzir todas as frutas **excepto os morangos e kiwis**, estes só depois dos 12 meses e com cuidado!
- Pode começar a experimentar também o sumo de laranja, mas **sem açúcar**. (crianças alérgicas só aos 9 meses)

Aos 6 meses



1 refeição de sopa com carne e fruta
+
1 refeição de papa / iogurte com fruta
+
restantes refeições de leite (2 ou 3)

Aos 7 meses (9meses em crianças alérgicas)

- Pode introduzir o peixe, que deverá ser branco e magro, podendo ser fresco ou congelado (pescada, abrótea, robalo, linguado, solha, pargo...)
- Coza o peixe à parte e junte-o desfeito à sopa



Aos 7 meses (9meses em crianças alérgicas)



2 refeições de sopa com carne ou peixe e fruta
+
1 refeição de papa / iogurte com fruta
+
restantes refeições de leite (1 ou 2)

Dos 9 aos 12 meses

- Poderá começar a dar gema de ovo cozida; de início dê um quarto de gema indo aumentando gradualmente até uma gema inteira. Deve ser dada na sopa, até 3 vezes por semana, substituindo o peixe ou a carne.
- Pode também dar pão, bolacha Maria e queijo flamengo.
- Comece a pouco e pouco a habituar a criança à comida e aos horários da família. Passe a dar a carne e o peixe separados da sopa triturados sempre acompanhados de legumes, batatas, arroz, massa etc...

A partir dos 12 meses

- Pode introduzir na sopa feijão ou outras leguminosas, como grão, fava e ervilha.
- O leite pode passar a ser de pacote, gordo ou, preferencialmente, próprio para crianças dos 1-3 anos.
- A alimentação da criança assemelha-se agora à da família, devendo ser diversificada e equilibrada.
- Pode começar a dar o ovo inteiro.

Conselhos gerais

- Use os boiões preferencialmente como recurso para viagens ou férias.
- Evite alimentos condimentados, comidas temperadas com muito sal, pimenta, mostarda, colorau, maionese, Ketchup etc...
- Não dê muitos enchidos, enlatados, fiambre ou salsichas, pois contêm grandes quantidades de gordura e sal.
- Prefira a comida cozida ou grelhada aos fritos e refogados, usando de preferência azeite.



Lembre-se:
Uma alimentação saudável é fundamental para o crescimento e desenvolvimento harmonioso do seu filho!

Obrigado



**ANEXO XXIV – Acção de formação em powerpoint
“ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR E ENFERMEIRO DE
FAMÍLIA”**

Enfermagem de Saúde Familiar e Enfermeiro de Família



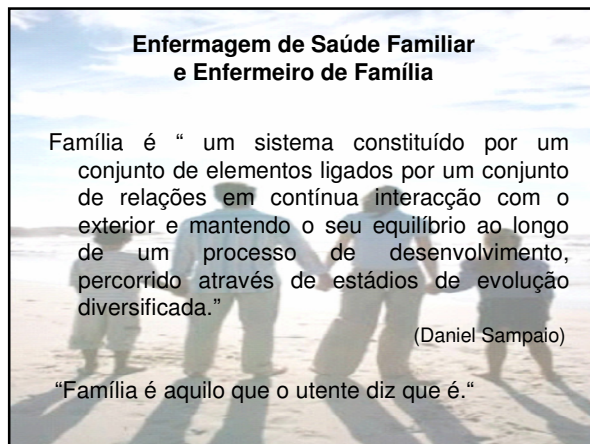
Enf.^a Filomena Figueiredo
26 de Janeiro de 2011

Enfermagem de Saúde Familiar e Enfermeiro de Família

Família é “ um sistema constituído por um conjunto de elementos ligados por um conjunto de relações em contínua interacção com o exterior e mantendo o seu equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento, percorrido através de estádios de evolução diversificada.”

(Daniel Sampaio)

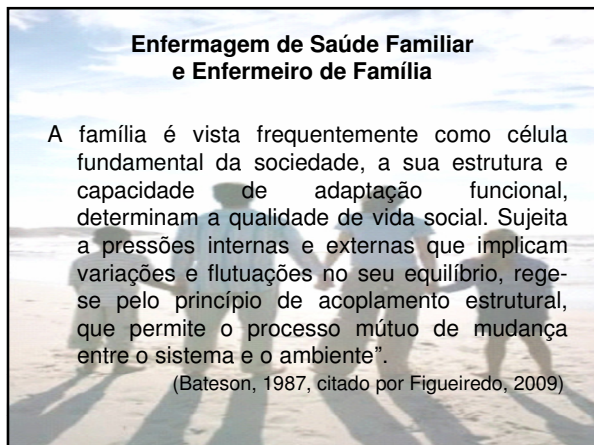
“Família é aquilo que o utente diz que é.”



Enfermagem de Saúde Familiar e Enfermeiro de Família

A família é vista frequentemente como célula fundamental da sociedade, a sua estrutura e capacidade de adaptação funcional, determinam a qualidade de vida social. Sujeita a pressões internas e externas que implicam variações e flutuações no seu equilíbrio, rege-se pelo princípio de acoplamento estrutural, que permite o processo mútuo de mudança entre o sistema e o ambiente”.

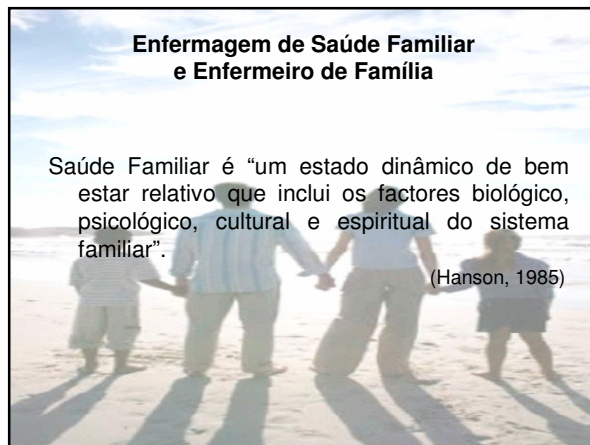
(Bateson, 1987, citado por Figueiredo, 2009)



Enfermagem de Saúde Familiar e Enfermeiro de Família

Saúde Familiar é “um estado dinâmico de bem estar relativo que inclui os factores biológico, psicológico, cultural e espiritual do sistema familiar”.

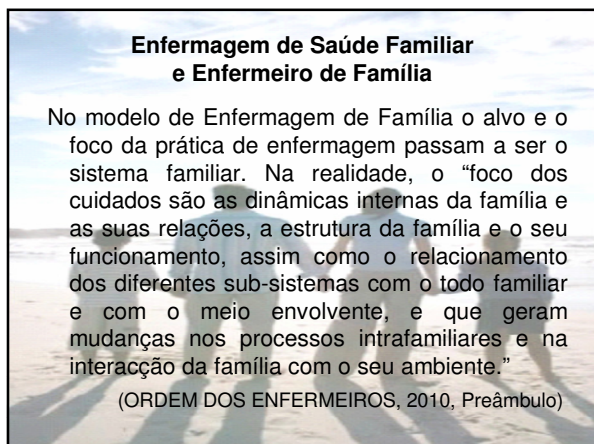
(Hanson, 1985)



Enfermagem de Saúde Familiar e Enfermeiro de Família

No modelo de Enfermagem de Família o alvo e o foco da prática de enfermagem passam a ser o sistema familiar. Na realidade, o “foco dos cuidados são as dinâmicas internas da família e as suas relações, a estrutura da família e o seu funcionamento, assim como o relacionamento dos diferentes sub-sistemas com o todo familiar e com o meio envolvente, e que geram mudanças nos processos intrafamiliares e na interacção da família com o seu ambiente.”

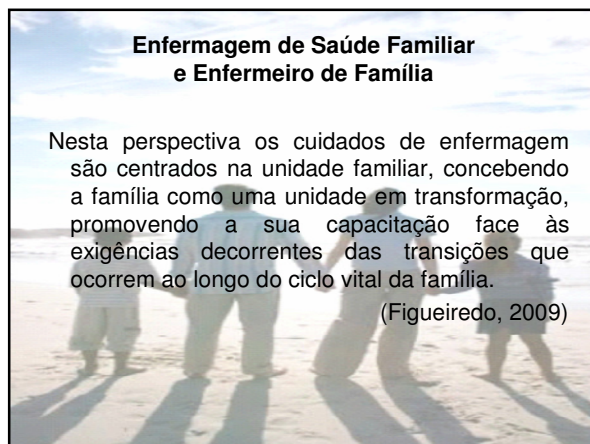
(ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010, Preâmbulo)



Enfermagem de Saúde Familiar e Enfermeiro de Família

Nesta perspectiva os cuidados de enfermagem são centrados na unidade familiar, concebendo a família como uma unidade em transformação, promovendo a sua capacitação face às exigências decorrentes das transições que ocorrem ao longo do ciclo vital da família.

(Figueiredo, 2009)



Enfermagem de Saúde Familiar e Enfermeiro de Família

Os objectivos da enfermagem de família centram-se, assim, na capacitação da família no desenvolvimento de competências que permitam uma vivência saudável dos seus constantes processos de mudança.

(Figueiredo, 2009)

Enfermagem de Saúde Familiar e Enfermeiro de Família

O “enfermeiro de família, fundamentado no conceito da Organização Mundial de Saúde, surge como um profissional que integrado na equipa multidisciplinar de saúde assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias, em todos os processos de vida, nos vários contextos da comunidade.”

(ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010, Preâmbulo)

Enfermagem de Saúde Familiar e Enfermeiro de Família

Neste modelo o enfermeiro é “um prestador de cuidados que combina a promoção de saúde, a prevenção da doença, com a actuação e responsabilidade clínica dirigida aos membros da família. É gestor e organizador de recursos com vista ao máximo de autonomia daqueles a quem se dirige a sua intervenção, sendo para cada família a referência e o suporte qualificado para a resposta às suas necessidades e para o exercício das funções familiares. (...)”

Enfermagem de Saúde Familiar e Enfermeiro de Família

(...) Assume-se como elo de ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, como garante da equidade no acesso aos cuidados de saúde, e mais especificamente, aos de enfermagem e como um importante recurso para os cuidados de proximidade, disponibilizando cuidados de enfermagem em tempo útil, efectuando o conhecimento da situação de saúde e dos processos de vida, relativamente ao seu grupo de famílias.

(BARBIERI et al., 2009)

Enfermagem de Saúde Familiar e Enfermeiro de Família

Os “enfermeiros ajudam as famílias a fazer escolhas saudáveis, a enfrentar a doença crónica e a deficiência, a controlar o stress e a realizar a promoção integral da saúde, contribuindo para o fortalecimento de um dos pilares fundamentais da sociedade. A OMS vê estes enfermeiros a trabalhar em conjunto com as famílias, comunidade e outros profissionais de saúde, actuando como recurso e sendo elementos chave na sociedade como promotores de Saúde”.

(BARBIERI et al., 2009)

Enfermagem de Saúde Familiar e Enfermeiro de Família

“Ao lidar com transições de saúde/doença, a família possui um potencial de ajuda que os profissionais de saúde não podem negligenciar. Não sendo os profissionais de enfermagem responsáveis por um conjunto significativo de mudanças que a família vivencia, podem tornar-se parceiros e actores dessas mudanças, proporcionando conhecimentos e recursos para que ocorram transições mais positivas sob o ponto de vista de quem as vivencia.”

(BARBIERI et al., 2009)

Enfermagem de Saúde Familiar e Enfermeiro de Família

Competências específicas do Enfermeiro de Família:

- Cuidar da **família como unidade de cuidados**;
- Prestar cuidados específicos nas **diferentes fases do ciclo de vida da família** ao nível da prevenção primária, secundária e terciária.

Enfermagem de Saúde Familiar e Enfermeiro de Família

Avaliação Familiar de Enfermagem

Trabalho conjunto de enfermeiros e famílias para assegurar que cada membro da família se adapte adequadamente à doença e à saúde.

Enfermagem de Saúde Familiar e Enfermeiro de Família

Família como Cliente

- A família está em primeiro plano. A família é vista como a soma dos membros individuais da família
- Ex. Como sente que cada membro da família reagiu ao diagnóstico de cancro da mama da sua mãe?

Enfermagem de Saúde Familiar e Enfermeiro de Família

- A abordagem refere-se a cada membro individualmente bem como à unidade familiar como um todo.
- A saúde de um indivíduo afecta todo o funcionamento familiar, e o funcionamento da família afecta a saúde individual.

Enfermagem de Saúde Familiar e Enfermeiro de Família

Para intervir junto da família temos de conhecer:

- O perfil familiar
- As características da sua situação de saúde/doença
- As suas rotinas de auto-cuidado e de cuidado a dependentes
- Os seus recursos e limitações para o auto-cuidado

Enfermagem de Saúde Familiar e Enfermeiro de Família

Perfil da Família:

- Estrutura
- Composição
- Meios de vida e de ocupação
- Características da habitação
- Etapa do ciclo de vida familiar
- Relações predominantes dentro do agregado familiar

Enfermagem de Saúde Familiar e Enfermeiro de Família

Perfil da Família (cont.):

- História familiar
- Valores e crenças fundamentais
- Orientação social e cultural
- Rede de apoio social
- Utilização de tempos livres
- Características gerais da comunidade

Enfermagem de Saúde Familiar e Enfermeiro de Família

Situação de saúde/doença:

- Antecedentes patológicos dos membros
- Características da doença (modo de aparecimento, curso e fase)
- Consequências actuais dos problemas de saúde
- Opinião dos membros em relação aos seus problemas de saúde
- Experiências prévias relativamente ao uso dos serviços de saúde

Enfermagem de Saúde Familiar e Enfermeiro de Família

Rotinas de auto-cuidado e de cuidado a dependentes:

- Que faz a família para satisfazer os requisitos do auto cuidado
- Que membros são responsáveis pelas acções de auto-cuidado mais comuns
- Como se mobiliza a família face a uma necessidade de cuidados de um dos seus membros

Enfermagem de Saúde Familiar e Enfermeiro de Família

Estrutura Familiar:

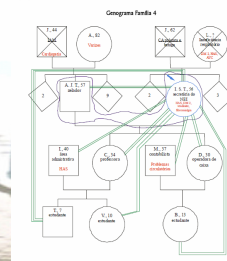
- Família nuclear ou simples
- Família alargada ou extensa
- Famílias monoparentais
- Famílias reconstruídas
- Casais homossexuais
- Indivíduos sós
- Etc...

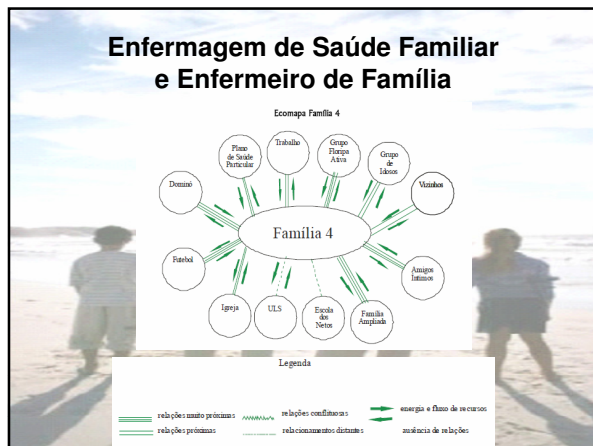
Enfermagem de Saúde Familiar e Enfermeiro de Família

Ciclo de vida familiar:

- Família **sem filhos** (do casamento ao nascimento do 1º filho)
- Família **com filhos pequenos** (até aos 3 anos do 1º filho)
- Família **com filhos em idade pré-escolar** (filhos dos 3 aos 6 anos)
- Família **com filhos em idade escolar** (dos 6 aos 13 anos)
- Família **com adolescentes** (dos 13 aos 20 anos)
- Família **com filhos adultos jovens** (os filhos saem de casa)
- Família **na meia idade** (da saída do último filho à reforma)
- Família **idosa** (da reforma à viuvez)

Enfermagem de Saúde Familiar e Enfermeiro de Família





Enfermagem de Saúde Familiar e Enfermeiro de Família

Diagnóstico de Enfermagem Familiar:

- O diagnóstico de enfermagem familiar é baseado na definição que o enfermeiro faz com a família sobre o principal ponto de preocupação;
- O diagnóstico de enfermagem familiar é uma constatação do problema e da razão específica que leva o enfermeiro e a família a juntarem-se para resolverem uma necessidade de cuidados de saúde familiar.

Enfermagem de Saúde Familiar e Enfermeiro de Família

- O diagnóstico de enfermagem familiar fornece orientação para a colaboração do enfermeiro e da família no planeamento das acções a desenvolver
- As intervenções visam promover, melhorar ou sustentar o funcionamento familiar
- A avaliação baseia-se nos resultados obtidos pela família e não na eficácia das intervenções.

Obrigado



ANEXO XXV – Plano da acção de formação “ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR E ENFERMEIRO DE FAMÍLIA”

Acção de Formação sobre Enfermagem de Saúde Familiar e Enfermeiro de Família

População alvo – Enfermeiros da USF Ars medica

Avaliação de necessidades – Necessidade de aprofundar conhecimentos acerca de Enfermagem de Família e de Enfermeiro de Família.

Aspectos facilitadores – sala de formação com boas condições físicas

- necessidades sentidas pela população alvo
- formação poder ser ministrada a todos os enfermeiros da USF ao mesmo tempo

Duração - duas horas (das 12 às 14 horas)

Finalidade - Ministras formação sobre Enfermagem de Saúde Familiar e Enfermeiro de Família

Objectivos:

- Que os enfermeiros no final da acção de formação fossem capazes de:
 - 1 – Identificar o alvo e o foco da prática de enfermagem no Modelo de Enfermagem de Família
 - 2 – Saber as competências específicas do Enfermeiro de Família
 - 3 – Enumerar duas características das famílias que temos de conhecer para podermos intervir junto delas
 - 4 – Saber em que se baseia o diagnóstico de enfermagem familiar
 - 5 – Saber em que se baseia a avaliação da intervenção do Enfermeiro de Família
 - 6 - Valorizar a importância do Modelo de Enfermagem de Família e de Enfermeiro de Família

Recursos humanos – mestranda e colega de outra USF, a exercer funções em Modelo de Enfermeiro de Família.

Estratégias pedagógicas – dois tipos de formação, um de cariz mais teórico e outro de cariz mais prático.

Formato mais teórico:

- **Método** expositivo
- **Técnica** - aula
- **Suporte de comunicação** - meios audiovisuais projectáveis – powerpoint.

Formato mais prático:

- **Método** expositivo
- **Técnica** – conversa informal

Recursos materiais – computador com Microsoft Powerpoint e data show.

Recursos financeiros – tempo dispendido, em serviço, na elaboração dos materiais para formação e fotocópias de avaliação do ensino e da aprendizagem.

Avaliação do ensino - individual, utilizando um questionário, de modo a avaliar:

- 1 – Finalidade da formação
- 2 – Conteúdos da formação
- 3 – Utilidade da formação
- 4 – Desempenho do formador
- 5 – Apoios pedagógicos
- 6 – Dinâmica de grupo
- 7 – Logística
- 8 – Satisfação/Gratificação global

Avaliação da aprendizagem – individual, recorrendo a questionário.

- **Domínio cognitivo** - questionário (objectivos 1, 2 , 3, 4 e 5).
- **Domínio afectivo** – supervisão clínica (objectivo 6). Neste domínio, das atitudes, o mais difícil de avaliar, seria necessário fazer uma avaliação, algum tempo após a acção de formação, aquando da supervisão clínica, verificando se o

Modelo de Enfermeiro de Família estava, na realidade, a ser posto em prática, o que nos daria uma informação preciosa acerca da interiorização da importância desse modelo.

**ANEXO XXVI – Avaliação do ensino da acção de formação
“ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR E ENFERMEIRO DE
FAMÍLIA”**

Avaliação do Ensino

1 – A finalidade da acção de formação (ministrar formação em Enfermagem de Família e Enfermeiro de Família) foi alcançada.

Concordo totalmente	Concordo	Sem opinião	Discordo	Discordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 – O conteúdo da formação (os temas) estava de acordo com o que eu esperava.

Concordo totalmente	Concordo	Sem opinião	Discordo	Discordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 - A formação foi útil para mim.

Concordo totalmente	Concordo	Sem opinião	Discordo	Discordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 – O formador utilizou uma linguagem fácil de compreender.

Concordo totalmente	Concordo	Sem opinião	Discordo	Discordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 – Os meios audio-visuais utilizados durante a formação (computador com Microsoft Power point e data show) foram os adequados.

Concordo totalmente	Concordo	Sem opinião	Discordo	Discordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6 – Conseguiu-se um bom espírito de grupo.

Concordo totalmente	Concordo	Sem opinião	Discordo	Discordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7– As instalações onde foi realizada a formação tinham boas condições.

Concordo totalmente	Concordo	Sem opinião	Discordo	Discordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8 – No geral, sinto-me satisfeito com a formação.

Concordo totalmente	Concordo	Sem opinião	Discordo	Discordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Obrigado pela sua colaboração.

**ANEXO XXVII - Avaliação da aprendizagem da acção de formação
“ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR E ENFERMEIRO DE
FAMÍLIA”**

Avaliação da Aprendizagem

1 – No Modelo de Enfermagem de Família o alvo e o foco da prática de enfermagem passam a ser:

- a) A família
- b) O Utente
- c) O sistema familiar

2 – Quais as competências específicas do Enfermeiro de Família?

- a) Cuidar da família como unidade de cuidados
- b) Cuidar do utente como unidade de cuidados
- c) Prestar cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária
- d) Prestar cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida do indivíduo ao nível da prevenção primária, secundária e terciária

3 – Enumere duas características das famílias que temos de conhecer para podermos intervir junto delas:

4 – O diagnóstico de enfermagem familiar baseia-se:

- a) Nas necessidades sentidas pelo Enfermeiro
- b) Na definição que o enfermeiro faz com a família sobre o principal ponto de preocupação

5 – A avaliação baseia-se:

- a) Na eficácia das intervenções
- b) Nos resultados obtidos pela família

Obrigado pela sua colaboração.



ANEXO XXVIII – Indicadores contratualizados para USF MODELO A e B

Fonte: Relatório de Avaliação 2009 Unidades de Saúde Familiares: Análise 2007-2009

(<http://www.arslvt.minsaude.pt/ARSLVT/EstruturaOrganica/Documents/Relat%C3%B3rio%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20USF%202009.pdf>)

Quadro II - Indicadores comuns a todas as USF

Nº		Indicador
Acesso	3.12	Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família
	3.15	Taxa de utilização global de consultas
	4.18	Taxa de visitas domiciliárias médicas por mil inscritos
	4.30	Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por mil inscritos
Desempenho assistencial	5.2.2	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia actualizada (uma em três anos)
	5.1.2	Percentagem de mulheres entre os 50 e 69 anos com mamografia registada nos últimos dois anos
	5.4 MOD	Percentagem de diabéticos com pelo menos três HbA1C registadas nos últimos doze meses, desde que abranjam os dois semestres
	5.10	Percentagem de hipertensos com registo de pressão arterial nos últimos seis meses
	6.1	Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 2 anos
	6.1	Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 6 anos
	6.12	Percentagem de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias
	6.9	Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre
Satisfação Utentes	-	Percentagem de utilizadores satisfeitos/muito satisfeitos (aplicação de inquérito ---score final)
Eficiência	7.6	Custo médio de medicamentos, por utilizador
	7.7	Custo médio de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, por utilizador

Quadro III - Indicadores para USF Modelo B

Nº	Indicador
3.22 MOD	Taxa de utilização de consultas de enfermagem em planeamento familiar
5.2 MOD	Percentagem de mulheres entre 25 e 49 anos, vigiadas, com colpocitologia actualizada
4.22	Nº médio de consultas de enfermagem em Saúde Materna
6.4	Percentagem de grávidas com revisão de puerpério efectuada
4.33	Percentagem de visitas domiciliárias de enfermagem realizadas a puérperas vigiadas durante a gravidez
6.13	Percentagem de diagnósticos precoces (TSHPKU) realizadas até ao sétimo dia de vida do RN
4.34 MOD	Percentagem de visitas domiciliárias de enfermagem realizadas a RN até aos 15 dias de vida
4.9	Número médio de consultas de vigilância de saúde infantil dos zero aos 11 meses
4.10	Número médio de consultas de vigilância de saúde infantil dos 12 aos 23 mese
5.13 MOD	Percentagem de inscritos com o índice de massa corporal (IMC) registado nos últimos doze meses
6.1	Percentagem de crianças com 2 anos com PNV actualizado
6.19	Percentagem de diabéticos abrangidos pela consulta de enfermagem
6.16	Percentagem de casos com gestão do regime terapeutico ineficaz
5.7	Percentagem de diabéticos com pelo menos um exame dos pés registado no ano
5.10	Percentagem de hipertensos com registo de pressão arterial nos últimos seis meses (avaliar 2 semestres e fazer a média)
5.13 MOD	Percentagem de hipertensos com pelo menos um registo de IMC nos últimos 12 meses
6.2 MOD	Percentagem de hipertensos com vacina antitetânica actualizada